110,817

CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES

ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE



CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES

ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XIXe SESSION

Tenue à Nantes du 2 au 7 Août 1909

SOUS LA PRÉSIDENCE

de M. le Dr VALLON, de Paris

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COMPTE RENDU

(Discussions et Communications diverses)

PUBLIÉ PAR

M. le Dr Ch. MIRALLIÉ, de Nantes

Secrétaire général



110,817

NANTES

IMPRIMERIE A. DUGAS et Cie, 5, quai Cassard, 5

1910



RÈGLEMENT

DU

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

But, Siège et composition du Congrès

Un Congrès de Médecins aliénistes et neurologistes se réunit chaque année, dans une ville de France ou des pays de langue française.

Le but de ce Congrès est l'étude et la discussion de questions concernant la Psychiâtrie, la Neurologie, la Médecine légale et l'Assistance des Aliénés.

Dans les séances de ce Congrès, l'emploi de la langue française est obligatoire.

La durée des travaux est au minimum de quatre jours qui, autant que possible, sont consécutifs. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, une l'après-midi.

En outre, des visites sont faites aux Asiles d'aliénés et aux établissements pouvant intéresser les Psychiatres et les Neurologistes. Des excursions peuvent être aussi organisées.

Le Congrès comporte des Membres adhérents et des Membres associés.

Les Membres adhérents doivent être médecins, français ou étrangers. Ils paient une cotisation de vingt francs pour chaque session. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des Rapports et des Comptes rendus de la session.

Les délégués des Administrations publiques françaises jouissent des avantages réservés aux membres adhérents, mais ne paient pas de cotisations.

Les Asiles d'aliénés peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les Membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des Rapports et des Comptes rendus de la session.

Les Membres associés se composent des personnes de la famille des Membres adhérents, présentées par ces derniers. Ils paient une cotisation de dix francs pour chaque session. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès ; mais peuvent bénéficier des avantages accordés pour le voyage ou excursions.

Chaque session comporte :

Un Président, qui était le Vice-Président de la session précédente ;

Un Vice-Président, qui deviendra de droit Président de la session suivante ;

Un Secrétaire général.

Le Président et le Secrétaire général sont chargés de l'organisation de la session. Ils peuvent s'adjoindre un Comité d'organisation local.

Les projets d'organisation d'une session doivent être soumis à l'approbation du Comité permanent du Congrès.

Comité permanent

Le fonctionnement des sessions successives du Congrès est assuré par un Comité permanent (décision de l'Assemblée générale du XVI[e] Congrès des Médecins aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, Lille, 1906).

Ce Comité permanent se compose de neuf membres, savoir :

Le Président de la session.

Le Vice-Président de la session (lequel est appelé de droit à la présidence du Congrès l'année suivante).

Six Membres élus par l'Assemblée générale du Congrès, renouvelables par tiers tous les deux ans, et non immédiatement rééligibles.

Un Secrétaire-trésorier permanent.

Le Comité Permanent se réunit chaque fois qu'il est nécessaire, au moins deux fois par an.

Une réunion a lieu à Paris, au mois d'avril, dans laquelle le

Secrétaire permanent soumet au Comité permanent le projet du programme de la prochaine session, projet élaboré après entente avec le Président et le Secrétaire général de la prochaine session assistés, s'il y a lieu, d'un Comité d'organisation local.

Ce projet, une fois approuvé par le Comité Permanent, le Président et le Secrétaire général de la session procèdent à son organisation.

En cas de modifications à ce projet, le Secrétaire général informe le Secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une réunion du Comité permanent.

Une seconde réunion du Comité permanent a lieu au début des travaux du Congrès.

Dans cette réunion, le Comité permanent, sous la présidence du Président de la session actuelle, est assisté par :

Le Vice-Président et le Secrétaire général de la session ;

Les Présidents et Secrétaires généraux des Congrès antérieurs ;

Le Comité Permanent ayant recueilli, pendant l'année, les propositions qui lui sont faites concernant les sujets des Rapports, le siège des sessions ultérieures, etc., en donne communication dans cette réunion, dont les membres choisissent, parmi les différentes propositions, celles qui seront soumises aux votes de l'Assemblée générale du Congrès.

Assemblée Générale

L'Assemblée générale du Congrès se réunit pendant les travaux de la session.

Elle se compose de tous les membres adhérents et est présidée par le Président de la session, assisté du Secrétaire général de la session et des membres du Comité permanent.

Le Secrétaire général de la session précédente soumet à l'approbation de l'Assemblée le compte rendu financier de sa gestion.

Le Président soumet aux votes de l'Assemblée générale les propositions concernant :

1° Le siège de la prochaine session ;

2° Le Vice-Président de la prochaine session, lequel deviendra de droit Président deux ans plus tard.

3° Le Secrétaire général de la prochaine session ;

4° Les questions qui feront l'objet de Rapports à la prochaine session et les noms des Rapporteurs proposés.

Tous les deux ans (années paires), l'Assemblée générale est appelée à élire deux Membres du Comité permanent en remplacement de deux Membres sortants désignés par tirage au sort.

Il est dressé un procès-verbal signé par le Président et le Secrétaire général de la session.

Les élections du Vice-Président de la prochaine session et celles des Membres du Comité permanent se font au scrutin secret, à la majorité absolue.

Ouverture du Congrès. — Séance solennelle d'ouverture. — Constitution du Bureau

L'ouverture du Congrès a lieu le matin du premier jour de la session par une séance solennelle d'inauguration, sous la présidence des autorités locales, préalablement invitées par le Président de la Session.

Après les allocutions des personnalités officielles, le Président du Congrès prononce un discours d'ouverture.

La première séance des travaux du Congrès se tient l'après-midi du premier jour.

La Présidence et la Vice-Présidence des séances sont assurées par le Président et le Vice-Président de la session actuelle.

Ces derniers, assistés du Secrétaire-général, constituent le bureau du Congrès. Ils désignent des Présidents d'honneur choisis parmi les notabilités régionales, et, s'il y a lieu, des Présidents de séances choisis parmi certains membres adhérents, présents au Congrès. Les uns et les autres peuvent être en nombre indéterminé.

Le Bureau, ainsi constitué, a la direction des travaux du Congrès.

Le Président ou le Vice-Président peuvent se faire remplacer pendant les séances par les différents Présidents d'honneur.

Le Bureau fixe et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des

séances qui peuvent être dédoublées ; il veille à l'application du règlement et prend, pendant la durée du Congrès, telles décisions nécessitées par les circonstances.

Il est procédé aussi à la désignation de Secrétaires des séances. Ceux-ci, sous la direction du Secrétaire général et du Secrétaire permanent, sont chargés de centraliser les documents nécessaires à la publication des comptes rendus des travaux de la session ; ils prennent note de la succession des orateurs, rédigent un résumé des communications ou discussions, recueillent et ordonnent les manuscrits, secondent le Secrétaire général dans ses différentes fonctions, pendant la durée du Congrès.

Rapports

Chaque année, le Congrès désigne trois questions devant faire l'objet de Rapports à la session suivante :

1° Une question de Psychiâtrie ;

2° Une question de Neurologie ;

3° Une question de Médecine légale ou d'Assistance des Aliénés, alternativement.

Pour chaque question le Congrès désigne un Rapporteur.

Exceptionnellement, il peut être désigné deux Rapporteurs pour une même question.

Les manuscrits des Rapports doivent être remis au Secrétaire général deux mois et demi au moins avant l'ouverture du Congrès.

La longueur de chaque Rapport ne doit pas dépasser 60 pages d'impression, condition absolue. Les figures ou planches sont à la charge des auteurs, sauf autorisation préalable du Secrétaire général, d'accord avec le Secrétaire permanent.

Chaque Rapporteur fait un résumé oral de son Rapport à la séance fixée par le programme du Congrès.

La durée de ce résumé oral ne doit pas dépasser 30 minutes.

Le résumé oral de chaque Rapporteur est suivi d'une discussion.

Les Membres du Congrès qui désirent prendre part à cette discussion doivent s'inscrire à l'avance au Bureau du Congrès.

La parole leur est donnée d'après l'ordre des inscriptions.

La durée de la discussion pour chaque auteur qui y prend part ne doit pas excéder 15 minutes.

Chaque Membre du Congrès qui prend part à la discussion doit remettre au Secrétaire général, avant la fin du Congrès, le texte résumé, destiné à figurer dans le volume des comptes rendus.

Lorsque la discussion est terminée, le Rapporteur, s'il le désire, répond successivement à chacun des orateurs.

Communications et Discussions

Les Membres adhérents du Congrès peuvent faire une ou plusieurs communications orales sur des sujets concernant la Psychiâtrie, la Neurologie, la Médecine légale ou l'Assistance des aliénés.

La durée de l'exposé de chaque communication ne doit pas dépasser 15 minutes.

Les titres des communications doivent être adressés au Secrétaire général quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les communications sont faites dans l'ordre où leurs titres ont été adressés au Secrétaire général. Toutefois, dans l'intérêt de la discussion, le Secrétaire général peut grouper dans une même séance les communications relatives à des sujets similaires.

La liste des communications qui doivent être faites dans une séance peut être imprimée à l'avance et distribuée aux Congressistes au début de cette séance. C'est seulement quand cette liste est épuisée et si le temps le permet, que la parole peut être donnée à d'autres orateurs pour des communications non inscrites au programme de la séance.

Lorsque les communications doivent être accompagnées des présentations de pièces, de coupes, d'appareils, etc., ou de projections, l'auteur doit en informer à l'avance le Secrétaire général qui prend, s'il est possible, des dispositions en conséquence.

Des résumés des communications doivent être adressés au Secrétaire général au plus tard 15 jours avant l'ouverture du Congrès. S'il est possible, ces résumés sont imprimés sur

feuillets détachés et distribués aux membres du Congrès dans la séance où ont lieu ces communications. Ces résumés ne doivent pas dépasser une page d'impression, titre compris (format du volume des comptes rendus du Congrès), tirage établi d'après le nombre des membres adhérents.

Les résumés des communications qui n'ont pas été adressés à l'avance (avant le 15 juillet), au Secrétaire général doivent lui être remis avant la fin de la séance où ont lieu ces communications.

Le texte *in extenso* des communications doit être adressé par les auteurs au Secrétaire général au plus tard deux mois et demi après la session. Passé ce délai, les auteurs s'exposent à ce qu'il ne soit publié dans le volume des comptes rendus qu'un résumé de leurs communications.

Les communications *in extenso* ne doivent pas dépasser six pages d'impression.

Les figures ou planches sont aux frais des auteurs.

Les communications dont ni un résumé, ni le texte *in extenso* n'auront été remis par l'auteur au Secrétaire général à la date prescrite, ne seront pas publiées dans le volume des comptes rendus.

Toutefois, dans ce cas, le Secrétaire général peut, s'il le juge utile, publier dans le volume des comptes rendus un résumé recueilli par lui-même ou les Secrétaires des séances.

Les dispositions précédentes sont également applicables aux discussions soulevées par les Rapports ou les communications diverses.

Dans la publication des travaux du Congrès, le Secrétaire général peut être appelé à demander aux auteurs certaines modifications ou suppressions dans le texte de leurs communications ou discussions.

En cas de difficulté, le Secrétaire général avise le Secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une décision du Comité permanent.

BUREAU DU XIXe CONGRÈS

NANTES 1909

Présidents d'honneur

MM.

GRANIER, Président du Comité des inspecteurs généraux au Ministère de l'Intérieur, représentant M. le Ministre de l'Intérieur.

Dr SIMONIN, professeur au Val-de-Grâce, représentant M. le Ministre de la Guerre.

RAULT, Préfet de la Loire-Inférieure.

JAMIN, Président du Conseil Général de la Loire-Inférieure.

GUIST'HAU, Maire de Nantes.

BOURDONNAY, Président du Tribunal Civil.

MARTIN, Procureur de la République.

LARONZE, Recteur de l'Université de Rennes.

Dr MALHERBE, Directeur de l'Ecole de Médecine.

Dr RENAULT, Directeur du Service de Santé du XIe Corps d'armée.

Dr BROUSSE, Député, représentant la Commission de surveillance des Asiles de la Seine.

Dr DROUINEAU, Inspecteur général honoraire.

Dr BIAUTE, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés.

Président

M. le Dr VALLON, Médecin en chef de l'Asile Sainte-Anne (Paris).

Vice-Président

M. le Dr KLIPPEL, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Secrétaire-Général

M. le Dr Mirallié, Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes.

Secrétaires des Séances

Dr Dupouy, Chef de clinique des maladies mentales, à Paris.
Dr Chartier, Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Dr Kahn, Chef de clinique adjoint des maladies mentales à Paris.
Dr Latapie, Médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Nantes.

DÉLÉGUÉS AU CONGRÈS

Ministère de l'Intérieur : M. Granier, Président du Comité des Inspecteurs généraux.

Ministère de la Guerre : Dr Simonin, Professeur au Val-de-Grâce.

Préfecture de la Seine : Dr Paul Brousse, Député, membre de la Commission de surveillance des Asiles de la Seine. Dr Vigouroux, représentant le Service des Aliénés et le Corps médical des Asiles de la Seine.

Société Médico-psychologique de Paris : Dr Arnaud, Vice-Président de la Société ; Roubinovitch ; René Sémelaigne.

Société Clinique de Médecine mentale de Paris : Dr Vigouroux, Médecin en chef de l'Asile de Vaucluse.

Société d'Hypnologie et de Psychologie de Paris : Dr P. Farez.

Société de Médecine légale de France : Drs Marcel Briand et Granjux.

Société de Psychiâtrie : Dr Deny.

Société de Neurologie : Drs Brissaud, Klippel, Meige et Dupré.

Société belge de Neurologie : Drs Aug. Ley, Président ; Crocq, Secrétaire général et Sano, membre de la Société.

Société de Neurologie suisse : Dr Long.

MEMBRES ADHÉRENTS [1]

MM.

Dr Abadie, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 3, rue des Trois-Conils, Bordeaux.

* Dr Adam, Directeur-médecin de l'Asile d'aliénés de Saint-Georges, Bourg (Ain).

* Dr Anglade, Directeur, médecin en chef de l'Asile des aliénés, Bordeaux.

* Dr Antheaume, Médecin en chef de la maison de Charenton, 6, rue Scheffer, Paris.

* Dr Archambault, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés. Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine, 32, rue de l'Hospitalité, Tours.

* Dr Sixto Arman, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés à Oviedo (Espagne).

* Dr Arnaud, Médecin-directeur de la maison de santé, Vanves (Seine).

* Dr Arsimoles, Médecin-adjoint des Asiles d'aliénés. Asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

* Dr Aubry, Médecin des Hôpitaux, 11, rue Contrescarpe, Nantes.

Dr Audemard, Médecin des Asiles, 243, avenue de Saxe, Lyon.

* Dr Ballet, Gilbert, Professeur à la Faculté de Médecine, 39, rue du Général-Foy, Paris.

* Dr Baruk, J., Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés, Alençon.

* Dr Becue, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés, Montpellier.

* Dr Bellat, Directeur-médecin en chef de l'Asile de Breuty-la-Couronne (Charente).

* Dr Bériel, Médecin des Hôpitaux, 18, rue du Bât-d'Argent, Lyon.

* Dr Bertoye, Médecin de la Maison de Santé du Verbe-Incarné, 81, rue des Maisons-Neuves, Lyon-Villeurbanne.

* Dr Biaute, Médecin en chef de l'Hospice Saint-Jacques, Nantes.

* Dr Blondel, Agrégé de philosophie, 16 *bis*, boulevard Morland, Paris.

Dr de Boeck, Professeur de psychiâtrie à l'Université, 79, rue de la Loi, Bruxelles (Belgique.)

Dr Boigey, Médecin-major de 2e classe, au 5e escadron du train, 9, rue de Fleury, Fontainebleau.

* Dr Bombart, à Solesmes, Nord.

* Dr P. Boncour, ancien Interne des Hôpitaux, 164, faubourg Saint-Honoré, Paris.

Dr Bonnus, ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Divonne-les-Bains.

Dr Bouchard, Professeur à la Faculté de Médecine, Membre de l'Institut, 174, rue de Rivoli, Paris.

Dr Boudrie, Médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (S.-et-O.).

Dr Briand, Marcel, Médecin chef à l'Asile de Villejuif (Seine).

* Dr Brousse, Député, 2, rue des Fossés-Saint-Marcel, Paris.

---

(1) Les noms précédés d'une astérique sont ceux des membres ayant été présents.

* Dr E. Bureau, Professeur à l'Ecole de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux, 12, boulevard Delorme, Nantes.
* Dr Camus, P., Ancien Interne des Hôpitaux, 66, rue Bonaparte, Paris.
* Dr Carrier, G., Médecin en chef de l'Asile Saint-Jean-de-Dieu, 192 *bis*, route de Vienne, Lyon.
* Dr Chaillou, 3, rue du Calvaire, Nantes.
* Dr Chancellay, Asile de Bégard (Côtes-du-Nord).
* Dr Chardon, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés, 14, rue Denis-Papin, Armentières (Nord).
* Dr Charon, Directeur de l'Asile d'aliénés, Dury-les-Amiens (Somme).

M. Charpentier, 6, rue Ernest-Cresson, Paris.
* Dr Charpentier, René, Médecin des Asiles publics d'aliénés. Médecin-directeur de la Maison d'Hydrothérapie et de Convalescence du Parc-de-Neuilly, 6, boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine.
* Dr Chartier, Médecin adjoint du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine, 145, route de Versailles, Boulogne-sur-Seine.
* Dr Charuel, Directeur-médecin en chef de l'Asile d'aliénés, Châlons-sur-Marne.
* Dr Chaumier, Directeur de la Maison de Santé de Champreu, 71, chemin des Grandes-Terres, Lyon.

Dr Chavigny, Professeur agrégé au Val-de-Grâce, 4, avenue des Gobelins, Paris.

Dr Chervin, 82, avenue Victor-Hugo, Paris.
* Dr Chocreaux, Médecin en chef de la Maison de Santé de Loumelet, par Lille (Nord).
* Dr Corcket, Médecin adjoint de l'Asile du Bon-Sauveur, Caen.
* Dr Coulonjou, Médecin adjoint des Asiles publics d'aliénés, Asile de Braqueville, Toulouse.
* Dr Courtellemont, Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine, 14, rue Porte-Paris, Amiens (Somme).
* Dr Crocq, Professeur agrégé à la Faculté, 62, rue Joseph-II, Bruxelles (Belgique).
* Dr Croustel, Médecin-directeur de l'Asile de Lesvellec, près Vannes.

Dr Crouzon, Chef de Laboratoire à la Faculté, 12, rue du Commandant-Rivière, Paris.
* Dr Cruchet, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 31, rue Ferrère, Bordeaux (Gironde).
* Dr Cullerre, Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés, La Roche-sur-Yon (Vendée).
* Dr Daday, Médecin en chef de l'Asile de Privas (Ardèche).

Dr Dardel, Directeur de la Maison de Santé de Préfargier, Préfargier-Neuchâtel (Suisse).
* Dr Davezac, Médecin honoraire des Hôpitaux, 54, rue Saint-Sernin (Bordeaux).
* Dr Deny, Médecin de la Salpétrière, 18, rue de la Pépinière, Paris.
* Dr Devay, 30, rue de la République, Lyon.

Dr Dheur, P., 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine.
* Dr Dodero, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés, Bron (Rhône).
* Dr Doutrebente, Gabriel, Administrateur des Hospices, 1, place Foire-le-Roi, Tours (Indre-et-Loire).
* Dr Drouineau, Inspecteur Général honoraire, 31, rue La-Noue, La Rochelle (Charente-Inférieure).
* Dr Dubois, Médecin en chef de l'Asile Sainte-Marie, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
* Dr Dubourdieu, Médecin-directeur de l'Asile Sainte-Gemmes, Angers (Maine-et-Loire).

Dr Dupain, Médecin en chef des Asiles de la Seine, Asile de Vaucluse, Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
* Dr Dupouy, R., Médecin adjoint de l'Asile Saint-Yon, près Rouen.
* Dr Dupré, Professeur agrégé à la Faculté, Médecin des Hôpitaux et de l'Infirmerie spéciale, 17, rue Ballu, Paris.
Dr Famenne, Médecin-directeur de l'Institut pour maladies nerveuses à Florenville (Belgique).
* Dr Farez, Paul, boulevard Haussmann, 154, Paris.
Dr Faure, Ancien Interne des Hôpitaux de Par s, La Malou-les-Bains (Hérault).
Dr Filassier, 3, rue Edouard-Detaille, Paris, XVII.
* Dr Fortineau, Directeur de la Maison de Santé, 68, rue de Rennes, Nantes.
* Dr Fortineau, L., Médecin adjoint de la Maison de santé, 68, rue de Rennes, Nantes.
* Dr Fortineau, G., Médecin adjoint de la Maison de santé, 68, rue de Rennes, Nantes.
Dr Francotte, Professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège.
Dr Garnier, Médecin chef des Asiles d'aliénés, Dijon.
Dr Gex, Claude, Directeur de l'Asile de Saint-Robert (Isère).
Dr Giraud, Antoine, Chef de Laboratoire de la Faculté, 181, avenue de Saxe, Lyon (Rhône).
Dr Giraud, A., Directeur, Médecin en chef honoraire, 15, rue Louis-Maillot, Rouen.
* Dr Granjux, Directeur du Bulletin Médical, 17, quai Voltaire, Paris.
Dr Grasset, Professeur à l'Université, 6, rue Jean-Jacques-Rousseau, Montpellier.
* Dr Guihal, Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, 5, rue Cassini, Nantes.
* Dr Hamel, Médecin-directeur de l'Asile de Quatre-Mares, Sotteville-lès-Rouen.
* Dr Hartenberg, 64, rue de Monceaux, Paris.
* Dr Haury, Médecin-major au 106e d'infanterie, 21, avenue de Sainte-Menehould, Châlons-sur-Marne.
Dr Janet, Pierre, Professeur au Collège de France, 51, rue de Varennes, Paris.
* Dr Jelliffe, Professeur de Psychiâtrie, 61 West, 56 th St. New-York.
* Dr Jude, Médecin-Major au 70e d'Infanterie, Vitré (Ille-et-Vilaine).
* Dr Kahn, Chef de Clinique adjoint à la Faculté, 11, rue Boissière, Paris.
* Dr de Kerdrel, Montferrat (Isère).
* Dr Klippel, Médecin des Hôpitaux, 20, rue de Grenelle, Paris.
* Dr Lachaux, Directeur de la Maison de santé de Sainte-Marthe, 8, boulevard Louis-Salvator, Marseille.
Dr Lacroix, S., Directeur de l'Asile de Ville-Evrard, Neuilly sur Marne (Seine-et-Oise).
Dr Lagrange, E., Médecin-directeur du Quartier d'aliénés, Poitiers.
Dr Laignel-Lavastine, Médecin des Hôpitaux, 45, rue de Rome, Paris.
* Dr Lalanne, Médecin-directeur de la Maison de santé de Castel-d'Andorte, Le Bouscat, Bordeaux (Gironde).
Dr Lallemand, Directeur-médecin de l'Asile Saint-Yon, Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure).
Dr Lannois, Professeur à la Faculté de Médecine, 14, rue Emile-Zola, Lyon.
* Dr Larrivé, Médecin-directeur de la Maison de santé, Meyzieux (Isère).
* Dr Latapie, Médecin adjoint à l'Hospice général St-Jacques, Nantes.
Dr Legras, A., Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, 7, rue Saulnier, Paris.

* Dr Léquyer, Médecin des Hôpitaux, 22, rue Racine, Nantes.
* Dr Levet, Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés, La Charité-sur-Loire (Nièvre).
Dr Lévy, Fernand, 62, rue de la Boétie, Paris VIIIe.
* Dr Long, Ancien Interne des Hôpitaux, 9, rue Bara, Paris VIe.
* Mme Long-Landry, Interne des Hôpitaux, 9, rue Bara, Paris.
* Dr Mabille, Directeur-médecin en chef de l'Asile de Lafond, La Rochelle (Charente-Inférieure).
Dr Magnan, Médecin de l'Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.
Dr Mahon, A., Médecin en chef de l'Asile d'aliénés, Agen.
* Dr Malherbe, A., Directeur de l'Ecole de Médecine, 7, rue Bertrand-Geslin, Nantes.
Dr Manhes, J., Directeur de l'Asile Sainte-Marie, 10, avenue de l'Observatoire, Clermont-Ferrand.
Dr Marie, A., Directeur des Archives de Neurologie, Villejuif (Seine).
* Dr Maupate, Médecin en chef de l'Asile public d'aliénés, Bailleul (Nord).
* Dr Meige, Secrétaire permanent du Congrès des Aliénistes et Neurologistes, 10, rue de Seine, Paris.
Dr Meilhon, Directeur-médecin de l'Asile des aliénés de Quimper (Finistère).
* Dr Meunier, H., Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, 31, rue Bayard, Pau (Basses-Pyrénées).
* Dr Mirallié, Professeur à l'Ecole de Médecine, Médecin des Hôpitaux, 11, rue Copernic, Nantes.
* Dr Monnier, A., Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine, Médecin des Hôpitaux, 1, rue du Calvaire, Nantes.
Dr Morer-Roger, Médecin aliéniste à Camprodon, près Barcelone (Espagne)
Dr Monin, F., 12, rue Emile-Zola, Lyon (Rhône).
Dr Mott, M.-D. Pathologist the London County Asylums, 25, Nottingham Place, London W (Angleterre).
Dr Muriot, Directeur de la Maison de santé de Passy, 17, rue Berton, Paris.
* Dr Nogués, Médecin-directeur de l'Etablissement pour le traitement des maladies nerveuses, 34, quai de Tounis, Toulouse (Haute-Garonne).
* Dr Olivier, M., Médecin adjoint à l'Asile public d'aliénés, Blois (Loir-et-Cher).
* Dr Ollive, Professeur à l'Ecole de Médecine, Médecin des Hôpitaux, 9, rue Lafayette, Nantes.
* Dr Ollivier, J., Médecin en chef de l'Asile Lehon, Dinan (Côtes-du-Nord).
* Dr Page, Directeur de l'Institut Médical de Bellevue, 19, rue des Potagers, Bellevue (Seine-et-Oise).
Dr Pagès, Directeur de Vernet-les-Bains, Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales).
* Dr Pailhas, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés, Albi (Tarn).
Dr Parant, Directeur-médecin de la Maison de santé de Saint-Cyprien, 17 allée de Garonne, Toulouse.
* Dr Parant fils, Médecin adjoint de la Maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allée de Garonne, Toulouse.
Dr Parhon, Docent, 160, rue Polone, Bucarest, Roumanie.
Dr Paris, Alex., Médecin en chef de l'Asile de Maréville, chargé de cours à la Faculté, 10, rue Saint-Lambert, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
* Dr Parisot, J., Chef de Clinique à la Faculté, 62, rue Jeanne-d'Arc, Nancy (Meurthe-et-Moselle).

* Dr Pélissier, L., Directeur-médecin de l'Asile Sainte-Catherine, Yzeure (Allier).

Dr Periès, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés, Montauban (Tarn-et-Garonne).

* Dr Petrucci, Directeur-médecin en chef honoraire des Asiles, 14, rue Ménager, Angers (Maine-et-Loire).

Dr Pichenot, F., Médecin en chef honoraire des Asiles d'aliénés, Buxy (Saône-et-Loire).

* Dr Picqué, Lucien, Chirurgien en chef des Asiles, 81, rue Saint-Lazare, Paris.

Dr Pierret, Professeur à la Faculté de Médecine, 265, Cours Gambetta, Lyon.

Dr Pitres, Doyen de la Faculté de Médecine, 119, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux.

* Dr Porot, Médecin de l'Hôpital Français, 5, rue d'Italie, Tunis.

* Dsse de Przedniewicz, 9, rue Juliette-Lambert, Paris.

* Dr Raffegeau, Maison de Santé, avenue des Pages, 9, Le Vésinet (Seine-et-Oise)

* Dr Ramadier, Directeur-médecin de l'Asile d'aliénés, Blois (Loir-et-Cher).

* Dr Ravarit, Médecin adjoint de l'Asile d'aliénés, 7, rue Boncenne, Poitiers.

Dr Raviart, Professeur agrégé à la Faculté, Médecin en chef des Asiles d'aliénés, Armentières (Nord).

Dr Raymond, Professeur à la Faculté de Médecine, 156, boulevard Haussmann, Paris.

* Dr Rayneau, J.-A., Médecin en chef de l'Asile d'aliénés, 1, rue Porte-Madeleine, Orléans (Loiret).

* Dr Régis, professeur à la Faculté de Médecine, 154, r. Saint-Sernin, Bordeaux.

* Dr Riche, A., Médecin de l'Hospice de Bicêtre, 46, rue du Général-Foy, Paris.

Dr Ritti, Médecin chef de la Maison de santé nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine).

* Dr Roubinovitch, J., Médecin de l'Hospice de Bicêtre, 115, rue du Faubourg Poissonnière, Paris.

Dr Roussy, Chef des Travaux d'anatomie pathologique à la Faculté, 31, avenue d'Antin, Paris.

* Dr Roux, J., ancien Chef de Clinique à l'Ecole de Médecine, 15, cours Lieutaud, Marseille.

* Dr Sainton, Chef de clinique à la Faculté, 1, rue de la Néva, Paris.

Dr Santenoise, Médecin chef de l'Asile de Saint-Ylie, Dôle (Jura).

Dr Schiller, W., aliéniste à la maison de santé du Dr Eivas, rue Almida, Caza de santé, Rio-de-Janeiro (Brésil).

* Dr Sébilleau, ancien interne des Hôpitaux de Paris, Médecin des Hôpitaux, 25, rue du Calvaire, Nantes.

* Dr Seglas, Médecin de la Salpêtrière, 96, rue de Rennes, Paris.

* Dr Semelaigne, Médecin-Directeur de la Maison de santé de Saint-James, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine).

Dr Sicard, Professeur agrégé à la Faculté, Médecin des Hôpitaux, 195, boulevard Saint-Germain, Paris.

* Dr Simonin, Professeur au Val-de-Grâce, 5, rue du faubourg Saint-Jacques, Paris.

* Dr Sizaret, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés, Rennes.

Dr Slizewicz, Directeur de la Maison de santé Beck, Pont-Saint-Côme, Montpellier.

* Dr Sourdille, G., Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine, chirurgien des Hôpitaux, rue du Calvaire, Nantes.
* Dr Taty, Th., Médecin Directeur de la Maison de santé de la rue de Charonne, rue de Charonne, 161, Paris.
Dr Terrade, Médecin en chef des Alsies d'aliénés, Leyme (Lot).
* Dr Terrien, Médecin Directeur du Sanatorium de la Bonnetière, Nantes-Doulon.
* Dr Thomas, ancien Interne des Hôpitaux, 75, rue de Chaillot, Paris.
* Dr Toy, Médecin en chef de l'Hospice public d'Aix-en-Provence.
* Dr Trénel, Médecin des Asiles de la Seine, Asile de la Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
* Dr Vallon, Médecin en chef de l'Asile Sainte-Anne, Président du Congrès de Neurologie, 1, rue Cabanis, Paris.
Dr Viel, Médecin en chef de l'Asile d'Aliénés, Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).
* Dr Vieux-Pernon, Médecin adjoint à l'Asile d'Armentières (Nord).
* Dr Vigouroux, Médecin en chef de l'Asile de Vaucluse, Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
Dr Vurpas, Médecin de la Salpêtrière, 161, rue de Charonne, Paris
Directeur de la Colonie Familiale de Ainay-le-Château (Allier).

Asile d'aliénés d'Armentières (Nord).
— d'Auxerre (Yonne).
— de Bailleul (Nord).
— de Bron (Rhône).
— de Châlons-sur-Marne (Marne).
— de Clermont (Oise).
— de Dury-les-Amiens (Somme).
— d'Evreux-Navarre, route de Conches (Eure).
— de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle.)
— de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne).
— de Pau (Basses-Pyrénées).
— de Pierrefeu (Var).
— de Prémontré (Aisne).
— de Quimper (Finistère).
— de la Roche-sur-Yon (Vendée).
— de Saint-Alban (Lozère).
— de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire).
— de Saint-Lizier (Ariège).
— de Saint-Venant (Pas-de-Calais).
— de Vaucluse, Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
— de Villejuif (Seine).

MEMBRES ASSOCIÉS

MM.

* Adam fils, interne à la Maison nationale de Charenton.
Arnaud (Mme), 2, rue Falret, à Vanves (Seine).
* Arsimoles (Mme), asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).
* Bellat (Mme), asile de Breuty-la-Couronne (Charente).
* Bellat, fils, asile de Breuty-la-Couronne (Charente).
* Bertoye, G (Mlle), à Villeurbanne (Rhône).
* Bertoye, Th (Mlle), à Villeurbanne (Rhône).
* Bertoye fils, à Villeurbanne (Rhône).
Carrier (Mme), 192 *bis*, route de Vienne (Lyon).
Carrier fils, 192 *bis*, route de Vienne (Lyon).
* Charon (Mme), asile de D ry-les-Amiens (Somme).
* Charuel (Mme), asile de Châlons-sur-Marne (Marne).
* Charuel (Mlle), asile de Châlons-sur-Marne (Marne).
Crocq (Mme), 62, rue Joseph-II, Bruxelles.
Cruchet (Mme), 31, rue Ferrère, à Bordeaux.
* Cullerre (Mme), asile de la Roche-sur-Yon (Vendée).
* Cullerre (Mlle), asile de La Roche-sur-Yon (Vendée)
* Cullerre (Mlle), asile de La Roche-sur-Yon (Vendée).
Dheur (Mme), 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine.
* Dodero (Mme), asile de Bron (Rhône).
* Farez (Mme), 154, boulevard Haussmann, Paris.
* Fortineau (Mme), 68, rue de Rennes, Nantes.
* Fortineau (Mlle), 68, rue de Rennes, Nantes.
* Gauducheau, Interne des Hôpitaux de Paris.
Genty (Mme), 6, rue Servient, à Lyon.
* Hamel (Mme), asile des Quatre-Mares, Sotteville-lès-Rouen
* Kahn (Mme), 11, rue Boissière, Paris.
* Kerdrel (Mme de), Montferrat (Isère).
* Kerdrel (de), Montferrat (Isère).
* Lerat, Interne des Asiles de la Seine.
* Levet (Mme), asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre).
* Mabille fils, Interne de l'asile de Lafond, La Rochelle.
* Meige (Mme), 10, rue de Seine, Paris
* Meunier (Mme), 31, rue Bayard, à Pau (Basses-Pyrénées).
* Mirallié (Mme), 11, rue Copernic, Nantes.
Monin (Mme), 12, rue Emile-Zola, à Lyon.
Mott (Mlle), 25 Nottingham place, London.
* Ollivier fils, à l'asile de Lehon, près Dinan.
Page (Mme), 19, rue des Potagers, à Bellevue (Seine-et-Oise).
* Parisot (Mme), 66, rue Jeanne-d'Arc, Nancy.
Pelissier (Mme), asile Sainte-Catherine, Yzeure (Allier).
* Przedniewicz (Mme de), 9, rue Juliette Lambert, à Paris.
* Nogués (Mme), 31, quai de Tounis, Toulouse.

* NOGUÈS (Mlle), 34, quai de Tounis, Toulouse.
* NOGUÈS fils, 34, quai de Tounis, Toulouse.
* RAYNEAU (Mme), 1, rue Porte-Madeleine, Orléans.
RÉGIS (Mme), 154, rue Saint-Sernin, à Bordeaux.
* TATY (Mme), 161, rue de Charonne, à Paris.
* TERRIEN (Mme), sanatorium de Doulon-Nantes (Loire-Inf.).
* THUILLIER-LANDRY (Mme), 68, rue d'Assas, à Paris.
* VALLON (Mme), asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris

SÉANCE D'OUVERTURE

La séance d'ouverture a eu lieu à l'Hôtel de Ville, le lundi 3 août, à neuf heures et demie du matin, dans la salle du Conseil Municipal, spécialement aménagée et décorée à cet effet.

Sur l'estrade avaient pris place : M. Bellamy, adjoint au Maire, représentant la Municipalité Nantaise ; le Docteur Vallon, président du Congrès ; M. Granier, Inspecteur général des Services administratifs, représentant le Ministre de l'Intérieur ; M. Simonin, professeur de médecine légale au Val-de-Grâce, représentant le Ministre de la Guerre ; le Docteur Malherbe, directeur de l'Ecole de Médecine de Nantes ; M. Jamin, Président du Conseil Général de la Loire-Inférieure ; M. Martineau, Secrétaire général de la Préfecture ; le Docteur Villa, Médecin-Major, représentant M. le Directeur du Service de Santé du XIe corps d'armée ; M. Cayla, Substitut du Procureur de la République ; Docteur Klippel, Vice-Président du Congrès ; Docteur Mirallié, Secrétaire Général du Congrès.

M. Bellamy prend le premier la parole et prononce l'allocution suivante :

Monsieur le President,

Mesdames, Messieurs,

Au nom de la ville de Nantes, je suis heureux de vous souhaiter la bienvenue.

Je suis profondément touché de l'honneur qui m'est fait de présider votre séance d'ouverture. Ce plaisir, cet honneur devait revenir à notre sympathique maire, à notre ami Guist'hau, mais un impérieux besoin de repos l'a obligé de partir avant la

date fixée pour votre Congrès ; il m'a chargé de vous en exprimer tous ses regrets.

Guist'hau s'est, en effet, très vivement intéressé à la formation de ce Congrès neuro-psychiatrique ; il en a donné la meilleure preuve en faisant voter par le Conseil municipal une subvention destinée à son organisation matérielle.

Mes premières paroles seront des remerciements.

Je vous remercie d'avoir choisi Nantes comme siège du dix-neuvième Congrès des aliénistes et neurologistes.

Je suis reconnaissant à M. le ministre de l'intérieur et à M. le ministre de la guerre d'avoir bien voulu déléguer M. Granier, inspecteur général des services administratifs, et M. le docteur Simonin, professeur au Val-de-Grâce, pour représenter à votre Congrès leurs administrations respectives. La présence de ces deux délégués éminents est un gage de l'intérêt que porte à vos assises le gouvernement de la République.

Je remercie M. le docteur Mirallié d'avoir accepté la tâche d'organiser vos travaux et vos délassements, et je suis bien certainement l'interprète de vos sentiments personnels.

J'ai à cœur, enfin, d'exprimer à M. le docteur Biaute, médecin en chef du quartier des aliénés à l'hospice général de Nantes, et à ses collaborateurs, notre gratitude pour les services rendus à l'humanité et à la science avec un inlassable dévouement. M. le docteur Biaute, pendant plusieurs années, a fait partie du Conseil municipal de Nantes ; je suis heureux de le saluer affectueusement dans cet Hôtel de Ville où il a laissé tant de souvenirs, où il a conservé tant d'amis fidèles.

Mesdames, Messieurs,

Quand mon collègue, votre confrère, M. le docteur Terrien, vous a invités, l'année dernière, à venir à Nantes, il vous a dit quel accueil vous serait fait dans notre ville. C'est qu'il était bien placé pour connaître les sentiments de l'administration municipale, toujours prête à encourager tout ce qui sert à développer aussi bien la vie intellectuelle que l'activité commerciale et industrielle. Toutes les œuvres d'assistance sont l'objet de sa sollicitude la plus vive. Et en est-il de plus intéressante, de plus importante que l'assistance des aliénés ? Car nous ne vivons plus à cette époque où les populations terrorisées mettaient la folie sur le compte du « diable » et où, entraînées par de si ridicules

conceptions, elles instituaient les traitements les plus barbares: prisons, chaînes, etc..., non pour guérir, mais pour abréger les jours de ces malheureux. Nous vivons à une époque plus saine où l'aliéné n'est plus qu'un malade, plus pitoyable que tous les autres, parce que plus affreusement atteint, et je ne saurais dire assez toute l'admiration que nous avons pour vous, Messieurs les aliénistes et neurologistes, qui passez une existence entière près de ces déshérités, sur qui pèse le plus terrible mal dont puisse être affligée notre pauvre humanité.

On plaint ceux qui sont privés de la lumière du jour. Combien ne doit-on pas plaindre davantage « les aveugles du cerveau ». Vous vous appliquez, Messieurs, à la tâche noble entre toutes d'essayer de dissiper les ténèbres épaisses qui obscurcissent ainsi la raison, et de jeter un peu de lumière dans cette nuit du cerveau. Tâche d'autant plus noble qu'elle n'est pas exempte de danger. On admire et on loue le soldat qui expose sa vie pour défendre sa patrie aux heures de péril : or, chez vous, médecins d'asile, le péril est permanent ; ce n'est pas un danger d'heures, ni même d'années, c'est un danger de toute la vie. Ce qu'il y a de plus sublime, c'est que vous n'y songez même pas, tant le dévouement vous est naturel; le sentiment du devoir est, chez vous, si profond, qu'il écarte toutes les phobies, pour employer un langage qui vous est familier. Ne m'a-t-on pas raconté que votre honorable président, le docteur Vallon, a failli succomber sous les coups d'un de ces malheureux égarés de la raison ? N'en porte-t-il pas encore la marque ineffaçable ? Je m'incline respectueusement devant lui, saluant ainsi tous les héros du devoir professionnel.

J'en ai dit assez, Mesdames, Messieurs, pour vous montrer combien nous sommes heureux d'offrir l'hospitalité à cette élite de savants qui honorent l'humanité autant par leur dévouement et par leur abnégation que par l'éclat de leur savoir et de leur enseignement.

Nous espérons que les travaux auxquels vous allez vous livrer profiteront au progrès de la science, serviront les intérêts de la société, porteront des fruits pour le bien de l'humanité tout entière.

C'est en formant ce vœu que je déclare ouvert le dix-neuvième Congrès des aliénistes et neurologistes des pays de la langue française.

M. Bellamy est très applaudi.

M. le Docteur Granier, inspecteur général des Services

administratifs, dit qu'il est délégué par M. le Ministre de l'Intérieur pour assister au XIXe Congrès, qui sera certainement fécond en résultats, en raison des importantes questions qui y seront discutées.

M. Granier félicite les médecins aliénistes, qui font preuve d'un inlassable dévouement, dans l'exercice d'une profession ingrate, où le risque professionnel est particulièrement accentué. Il espère que de ce Congrès sortira un progrès nouveau qui permettra d'adoucir le sort des aliénés et de lutter efficacement contre la folie. Il dit tout l'intérêt que le public doit attacher à ces travaux si utiles, car si l'on ne connaît pas à fond les maladies mentales, on ne peut pas bien traiter les questions sociales.

M. Granier traite ensuite des rapports de l'aliénation mentale avec la justice criminelle, et s'étend assez longuement sur cette question qui lui est familière.

En terminant, il apporte au Congrès les meilleurs vœux de réussite au nom du Ministre de l'Intérieur.

M. Granier est fort applaudi.

Le professeur Simonin, délégué du Ministre de la Guerre, prononce ensuite l'allocution suivante :

Monsieur le Président,
Messieurs et très honorés confrères,

M. le Ministre de la guerre a bien voulu me déléguer officiellement pour assister et participer aux travaux du dix-neuvième Congrès de médecins aliénistes et neurologistes de France.

Il a tenu à marquer ainsi le grand intérêt qu'il prend à l'importante question qui va être soulevée de l'aliénation mentale dans l'armée, et indiquer tout le prix qu'il attache aux fécondes suggestions qui découleront, au point de vue pratique, d'une étude entreprise par une assemblée si hautement autorisée.

Depuis que l'armée est réellement nationale, en demandant à tous les citoyens les mêmes sacrifices, le département de la guerre a multiplié ses efforts pour assurer dans les meilleures conditions l'hygiène physique et le bien-être du soldat.

Vos travaux passés et ceux de cette nouvelle et importante réunion visent, en outre, à sauvegarder, dans la même mesure,

l'hygiène intellectuelle et morale de l'armée, véritable fondement et base même de la discipline.

Vous avez pu constater avec une fierté bien légitime que vos patriotiques efforts, dans cette voie si féconde, ne sont pas restés stériles. Leur portée morale a été considérable et sanctionnée pratiquement par des mesures officielles d'une réelle importance.

L'expertise psychiâtrique a conquis, dès à présent dans l'armée, le rang qu'elle mérite. Elle peut être encore améliorée aussi bien dans ses indications que dans son mode d'application. Vos travaux s'efforcent d'en trouver les meilleures formules. C'est à ce titre qu'ils intéressent, au plus haut degré, l'Administration centrale de la guerre que je suis chargé de représenter parmi vous.

Faire de l'armée, sauvegarde du pays aux heures critiques, un organisme dans lequel la valeur intellectuelle et morale ne le cède en rien à l'énergie physique, tel est le but que nous poursuivons tous.

Il est assez élevé pour justifier tous les efforts et toutes les sollicitudes.

Le succès de ces paroles a été très vif ; sitôt les applaudissements calmés, le Docteur Vallon, président du Congrès, se lève et s'exprime ainsi :

Monsieur le Maire-Adjoint,

Au nom de mes collègues et au mien je remercie la Ville de Nantes d'avoir bien voulu offrir l'hospitalité au XIXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

Comme vous l'avez rappelé tout à l'heure, nous avions un ami dans la place, mon ancien interne le Docteur Terrien, membre du Conseil Municipal. C'est lui qui a eu l'idée de demander à l'Assemblée dont il fait partie d'adresser une invitation au Congrès. Je lui témoigne toute notre gratitude. Mais, sans vouloir diminuer en rien l'importance de son rôle en la circonstance, je crois pouvoir ajouter qu'il n'a pas dû se mettre en grands frais d'éloquence pour décider ses collègues.

Les élus de cette grande Cité ont en effet l'esprit trop ouvert aux idées de progrès pour ne pas prêter quelque attention aux sujets qui sont l'objet de nos études de chaque jour : la connaissance des maladies mentales et nerveuses, les moyens de les prévenir et de les combattre, l'assistance à donner aux malheu

ceux qui en sont atteints. D'autant que ces études, pour spéciales qu'elles paraissent au premier abord, sont en réalité d'un intérêt très général, ont une grande portée sociale. Faut-il rappeler les problèmes complexes que soulève l'alcoolisme. N'allons nous pas étudier demain la grande question des aliénés dans l'Armée.

L'empressement si cordial avec lequel vous m'avez personnellement accueilli, M. le Maire, les paroles si aimables que vous venez de m'adresser m'ont profondément touché et je vous dis toute ma reconnaissance.

Monsieur le Représentant du Ministre de l'Intérieur,

M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu, continuant une heureuse tradition, se faire représenter parmi nous et donner ainsi une nouvelle preuve de l'intérêt qu'il porte à nos travaux. Pendant une longue suite d'années le délégué du Ministre a été M. l'Inspecteur Général Drouineau, maintenant à la retraite ; nous avions fini par avoir tous pour lui une respectueuse amitié, je suis heureux de saluer sa présence dans cette enceinte. L'année dernière nous avions la bonne fortune de posséder l'aimable inspecteur général M. Bluzet. Cette année nous sommes particulièrement favorisés, puisque c'est le Président du Conseil des Inspecteurs que j'ai l'honneur d'avoir à mon côté. Pour prendre part à nos travaux nul n'était mieux qualifié que vous M. Granier, auteur d'un ouvrage estimé sur la femme criminelle ; soyez donc le bienvenu. J'aime à croire que vous apprécierez nos bonnes volontés, nos efforts et que vous voudrez bien ensuite vous faire l'interprète bienveillant de nos vœux et de nos respectueuses revendications auprès de M. le Ministre de l'Intérieur, Président du Conseil.

Monsieur le Représentant du Ministre de la Guerre,

Il était impossible que l'autorité militaire ne fut pas officiellement représentée dans un Congrès où va se discuter la question des aliénés dans l'armée. M. le Ministre de la Guerre l'a bien compris. En vous prenant pour son délégué, M. Simonin, il ne

pouvait faire un meilleur choix, car à votre haute situation de professeur de médecine légale à l'Ecole d'application du service de santé, vous joignez des mérites personnels qui vous ont ouvert les portes de la Société de médecine légale de France où j'ai pu déjà vous apprécier. Je suis donc tout particulièrement heureux de vous voir auprès de moi et je salue en votre personne non seulement le délégué du Ministre de la Guerre, mais encore le représentant de la grande Ecole du Val-de-Grâce.

Monsieur le Secrétaire-Général,

Vous savez, pour avoir vu à l'œuvre notre très distingué collègue, le Docteur Biaute et ses collaborateurs de l'Hospice Saint-Jacques, que le rôle des médecins aliénistes est difficile entre tous, aussi avez-vous tenu, M. le Préfet étant en vacances, à venir nous témoigner par votre présence, les sympathies de l'Administration départementale. Nous en sommes touchés et reconnaissants.

Monsieur le Président du Conseil Général,

Les dépenses du service des aliénés constituent un des chapitres les plus importants du budget de chaque Département. Tout ce qui concerne ces malades et en particulier leur assistance, doit donc justement préoccuper les Assemblées départementales. Le Conseil Général de la Loire-Inférieure, dont le souci éclairé du progrès s'est manifesté par le vote de sommes considérables pour la transformation de l'Hospice Saint-Jacques, ne pouvait pas se désintéresser d'un Congrès comme celui-ci. Votre présence en est la preuve ; témoignage manifeste des bons sentiments de l'Assemblée départementale à notre égard, elle ajoute encore à l'éclat de cette séance d'ouverture.

Monsieur le Docteur Malherbe,

Vous avez bien voulu mettre à notre disposition, pour tenir nos séances, les locaux de l'Ecole de médecine dont vous êtes le distingué directeur ; je vous en remercie. Le grand établissement d'enseignement médical de l'Ouest, qui vient d'entrer dans son deuxième siècle d'existence, a fourni à notre profession des

hommes illustres : Laënnec, Chassaignac, Maisonneuve, pour ne citer que les morts, et aussi un savant qui nous touche de plus près, l'aliéniste Victor Marcé, trop tôt enlevé à la science, auteur d'un excellent Traité des maladies mentales longtemps resté classique ; cette Ecole compte aujourd'hui des maîtres éminents. Depuis trente-cinq ans, M. Malherbe, vous lui appartenez soit comme professeur, soit comme directeur ; vos hautes qualités, vos longs et dévoués services vous avaient depuis longtemps désigné pour la croix de la Légion d'honneur. On paraissait l'ignorer en haut lieu ; mais au cours des fêtes du Centenaire les étudiants, qui ont pour votre personne des sentiments d'affectueuse estime vous ont prodigué, à toute occasion, des acclamations tellement significatives qu'elles ont été comprises en haut lieu et que le ruban, depuis longtemps mérité, est enfin venue orner votre boutonnière.

Que votre modestie me pardonne d'avoir mis mes collègues au courant de ces incidents bien connus à Nantes ; ils sont tout à votre honneur et à celui de la jeunesse studieuse de cette Ecole.

Messieurs les Magistrats,

M. le Président du Tribunal et M. le Procureur de la République ont bien voulu me dire l'un et l'autre, ces jours derniers, à quel point ils appréciaient la collaboration des médecins experts, combien ils regrettaient, partant en congé, de ne pouvoir apporter en personne, aux aliénistes et neurologistes, un témoignage de leur estime.

Vous êtes venus les représenter. Votre présence sur cette estrade est une nouvelle preuve de l'accord qui tend à s'établir de plus en plus entre Magistrats et Médecins, accord si désirable pour la bonne administration de la justice. Je vous adresse mes hommages reconnaissants.

Monsieur le Médecin-Major,

M. le Directeur du Service de santé du 11e Corps, retenu loin de Nantes par les exigences de son service, vous a délégué pour le représenter. Je l'en remercie et je suis heureux de saluer respectueusement, en votre personne, tous les médecins de l'armée. Dans la grande famille médicale, il n'y a pas de membres

qui soient plus injustement critiqués, attaqués, vilipendés que les médecins militaires, à l'exception toutefois des médecins aliénistes. Nous sommes donc des compagnons d'infortune bien faits pour se comprendre ; dédaigneux les uns et les autres des calomnies, forts du témoignage de notre conscience marchons la main dans la main, je vous tends la mienne, elle est franche et loyale, vous pouvez me donner la vôtre en toute confiance.

Mes chers collègues,

Vous exprimer ma gratitude pour la marque d'estime que vous m'avez donnée en m'appelant à présider la dix-neuvième session de ce Congrès, c'est, tout à la fois, accomplir un devoir et satisfaire un besoin de mon cœur. Oui, je vous remercie chaleureusement. Je sens combien est grand l'honneur d'occuper cette place, surtout lorsque, jetant un coup d'œil en arrière, je considère la série des hommes éminents qui l'ont occupée avant moi.

En tête, j'y vois mon regretté maître Benjamin Ball, qui fut le premier professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, qui fut aussi le premier de nos présidents à Rouen, en 1890 ; disciple reconnaissant, je salue respectueusement sa mémoire.

Les trois présidents suivants sont morts, eux aussi : d'abord, Bouchereau, médecin de Sainte-Anne, qui présida la deuxième session à Lyon ; ensuite Théophile Roussel, le grand philanthrope, qui présida la troisième session à Blois ; enfin Christian, médecin de la maison de Charenton, qui présida la quatrième session à La Rochelle. En sorte que, coïncidence curieuse, le décès des quatre premiers de nos présidents a eu lieu suivant l'ordre chronologique de leur élection.

Inclinons-nous au souvenir de ces bons ouvriers de la première heure.

Depuis notre dernière session, nous avons encore perdu deux de nos anciens présidents et non des moindres : Joffroy puis Motet.

Le professeur Joffroy présida la sixième session à Bordeaux. L'année dernière, il ne put pas se rendre à Dijon ; il était déjà malade. A la fin des vacances il semblait mieux, il reprit son cours, quoique péniblement ; mais le 24 novembre, il succombait brusquement au moment où il venait d'achever la correction d'épreuves d'imprimerie. Laissez-moi vous conter une courte anecdote qui le peint tout entier.

Il y a quelqués années, alors que je faisais une villégiature forcée au pavillon de chirurgie de l'asile Sainte-Anne, Joffroy, en bon voisin, venait souvent me voir, me distraire de ses causeries dont, vous le savez, il n'était pas avare. Or, un jour, m'ayant annoncé la mort d'un de ses collègues à la Faculté, il me fit cette réflexion : « Il n'aura pas occupé une des toutes premières places parmi les chirurgiens contemporains, mais c'était un bon garçon et c'est bien quelque chose ; je voudrais qu'on en dise autant de moi quand je serai mort. »

Que le souhait de Joffroy soit exaucé. Je proclame, parce que c'est la vérité, qu'il fut un bon garçon ; mais il fut plus et mieux : un homme probe par excellence, un médecin consciencieux dans toute l'acception du mot. C'est sous ce triple aspect qu'il vivra parmi nous. Pour ma part, je n'oublierai pas qu'à plusieurs reprises il me procura l'honneur de parler du haut de sa chaire.

Motet présida la neuvième session à Angers, avec cette distinction naturelle qu'il apportait en toutes choses. Médecin-Directeur d'une grande maison de santé de Paris, il avait un souci de ses malades que je qualifierais d'exagéré, s'il pouvait y avoir de l'exagération dans le devoir. Médecin légiste, il fut véritablement le Brouardel de la médecine légale des aliénés. Pendant longtemps et jusqu'à sa mort, il occupa la première place parmi les médecins experts pour les maladies mentales près les tribunaux C'est que les magistrats, prisaient beaucoup la forme impeccable de ses rapports écrits et de ses dépositions orales, avaient pleine confiance en son expérience consommée, en sa scrupuleuse honnêteté. Ils sentaient bien qu'il était le *vir bonus dicendi peritus*. Je garde de celui qui fut mon maître en médecine légale un affectueux souvenir.

Elle est déjà longue, vous le voyez, la liste de nos anciens présidents disparus : six sur dix-huit, c'est-à-dire le tiers. Je souhaite que, de longtemps, aucun nom ne vienne s'y ajouter.

Un autre de nos anciens présidents, Giraud, qui, après avoir été le secrétaire général de la première session, fut appelé à diriger la quinzième à Rennes, est absent cette année, retenu loin de nous par la maladie. Il m'a écrit, ou plutôt il m'a fait écrire une lettre qu'il n'a pu signer qu'en tenant la plume à deux mains. Il m'y exprime ses regrets de ne pas pouvoir être des nôtres et cela pour la première fois depuis la fondation du Congrès ; je lui envoie l'expression des regrets que nous cause son éloignement

et des souhaits que nous faisons pour son rétablissement. Je lui dis à l'année prochaine.

J'ai encore à vous parler de notre président de l'année dernière, qui, lui, heureusement, est bien portant.

Mais puisqu'il est ici, je préfère m'adresser directement à lui. « Mon cher Cullerre, à Dijon, je voulais vous dire : « Le « Congrès tout entier fait des vœux pour que l'année de votre « présidence ne s'achève pas sans qu'on vous donne la croix de « la Légion d'honneur, pour laquelle vous êtes proposé depuis « longtemps et que vous méritez depuis plus longtemps encore. » La plus ridicule et la plus intempestive des indispositions m'ayant empêché de vous souhaiter de recevoir le ruban rouge, je caressais l'espoir cette année de vous féliciter de l'avoir reçu.

Déception complète. Pourtant vos amis se sont employés de leur mieux pour que cette juste satisfaction vous fût enfin donnée. Ah ! si j'avais pu, ainsi que j'ai tenté de le faire, approcher le président du Conseil, je lui aurais dit votre vie professionnelle si digne, vos longs et excellents services, vos travaux si appréciés ; j'aurais insisté sur ce fait que les médecins aliénistes et neurologistes, en vous appelant à la présidence du Congrès avaient, pour ainsi dire, souligné la proposition dont vous étiez l'objet ; je lui aurais dit tout cela et bien d'autres choses encore. Je crois que j'aurais trouvé des paroles éloquentes et que je serais parvenu à le convaincre. Mais comment rompre, au dernier moment, au moment favorable, le cercle des députés, des sénateurs, des hommes politiques de tout genre, venus recommander leurs candidats ?

Le nouveau président du Conseil n'aime pas les vases trop communicants, nous ne lui réclamerons donc qu'une toute petite communication. Serait-ce trop lui demander, dans ce pays de suffrage universel, que de réserver ses faveurs à ceux qui lui sont désignés par leurs pairs.

Pourquoi ne décorerait-on pas chaque année le président du Congrès. On décore bien à Paris chaque bâtonnier de l'ordre des avocats au cours de son bâtonnat ; de même le président de la chambre des notaires, de la chambre des avoués et aussi de celle des agréés au cours de leur présidence.

Le ministre ne risquerait plus d'être trompé par des candidats qui, en guise de titres, ont surtout de l'audace, qui se remuent d'autant plus pour avoir le signe de l'honneur, que parfois ils manquent de l'honneur lui-même, et qui une fois décorés, très

fiers, se figurent avoir accompli un tour de force, alors qu'ils n'ont exécuté qu'un misérable tour de gobelet.

Je n'insiste pas. « Les livres les plus utiles, a écrit Voltaire, sont ceux dont les lecteurs font eux-mêmes la moitié : ils étendent les pensées dont on leur présente le germe. » On peut dire, je crois, des discours, ce que le grand écrivain disait des livres. Je vous laisse donc le soin de compléter mes paroles, de leur donner de la précision, d'en faire l'application.

Au sujet de nos anciens présidents, nous n'avons pas éprouvé que des peines et des déceptions. En effet, si nous avons eu la douleur de perdre Joffroy, nous avons, par contre, ressenti une vive satisfaction du vote unanime de la Faculté lui donnant pour successeur un autre de nos anciens présidents, Gilbert Ballet.

Gilbert Ballet. Ce nom réveille en moi tout un monde de souvenirs. C'est que son existence et la mienne, sans être semblables, se sont déroulées parallèlement. Ensemble nous avons usé nos fonds de culotte sur les bancs du lycée de Limoges, ensemble nous avons commencé nos études médicales à l'école de ce te ville, pour venir les achever à Paris. Nous avons vécu au quartier latin... J'abrège...

Vous connaissez tous les brillantes étapes que Ballet a parcourues avant de venir me rejoindre comme professeur à Sainte-Anne, où, depuis quelque dix ans, en vertu de titres beaucoup plus modestes, j'occupe une place de médecin chef de service. Je souhaite que nous y restions de nombreuses années encore. Ballet lui gardera longtemps sa chaire, les membres de l'Institut ayant le privilège de pouvoir enseigner jusqu'à soixante-quinze ans.

Ce n'est pas une histoire banale, avouez-le, que celle de deux médecins ayant commencé leur carrière, si j'ose m'exprimer ainsi, dans un même lycée de province et venant la terminer dans le même établissement hospitalier de la capitale.

Je suis bien tenté de vous parler encore des années passées dans le service de mon maître Ball, où je me suis lié d'amitié avec Doutrebente et Régis, encore deux de nos anciens présidents. Mais j'ai assez parlé de moi — le moi est haïssable. — Vous me pardonnerez cette brève évocation de ma carrière dans ce jour qui, grâce à votre bienveillance, en est le couronnement.

J'ai félicité Ballet pour sa nomination au professorat ; je veux encore le louer pour la façon dont, au cours de sa leçon d'inauguration, il a parlé du nouveau projet de loi sur les aliénés. Vous

connaissez cette loi votée au pas de course par la Chambre des députés et que le Sénat, plus sage, étudie à loisir. Puisse-t-il l'étudier toujours.

Ballet a dit fort justement : « Avec l'illusion de faire œuvre de progrès, les députés, dans leur ignorance de la question, ont voté la loi la plus rétrograde qui soit. » Oui, si ce projet de loi est sanctionné sans modifications profondes par le Sénat, nous ferons un bond énorme en arrière, au point de vue de l'assistance et du traitement des aliénés ; pendant longtemps, les aliénés porteront le poids de toutes les suspicions dont les médecins aliénistes sont l'objet. Car c'est bien le souci, mal déguisé, de garanties à prendre contre les médecins aliénistes, qui a inspiré la réforme de la loi de 1838. Le nouveau projet vise les médecins aliénistes; malheureusement il frappe les aliénés.

J'ai fait la critique détaillée de l'œuvre de la Chambre des députés pendant plusieurs séances de la Société de médecine légale ; je ne veux pas la recommencer devant vous, je ne pourrais que me répéter. Le professeur de clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris l'a stigmatisée comme il convient ; je tiens, profitant de l'autorité que me donne mon titre de président du Congrès, à la stigmatiser à mon tour.

Par une association d'idées toute naturelle, la loi sur les aliénés me fait penser à un arrêt récent du Conseil d'Etat. — Oh ! Messieurs, rassurez-vous, aucune parole de discorde ne s'échapera de la bouche du président du Congrès.

Un décret rendu par M. le Président de la République, sur la proposition du Ministre de l'intérieur, a institué un concours spécial pour le recrutement des médecins des asiles d'aliénés du département de la Seine. Je veux croire que tous ceux qui, à un titre quelconque, ont participé à cette mesure, étaient bien intentionnés, mais je garde la robuste conviction qu'ils ont été mal inspirés.

Un certain nombre de médecins des asiles publics se sont pourvus devant le Conseil d'Etat contre ce décret qui leur enlève le droit qu'ils croyaient avoir d'arriver dans les asiles de la Seine. Bien que médecin d'un asile de la Seine et n'ayant par conséquent, aucun intérêt personnel dans l'affaire, je suis de ceux qui ont signé le pourvoi et je m'en fais gloire.

Le Conseil d'Etat a rejeté notre pourvoi. Son arrêt, d'une lumineuse clarté, me paraît inattaquable. Aussi n'est ce pas de cet arrêt lui-même, consacrant la division des aliénistes en deux

groupes : la Seine et la province, que je veux vous entretenir, mais bien des considérants de cet arrêt qui, eux, intéressent tous les médecins des asiles départementaux, et aussi la plupart des médecins attachés aux établissements hospitaliers de tous genres.

Médecins des asiles de la Seine, de France et de Navarre, les considérants de l'arrêt nous logent tous à la même enseigne. Et elle n'est pas belle, et elle n'est pas engageante, cette enseigne. Elle est ainsi conçue : *Ici pas de droits.*

Parfaitement, pas de droits. Toutes les choses que, dans notre naïveté, nous considérions comme des droits acquis, étant, dit l'arrêt, le résultat non de dispositions législatives, mais de simples décrets, peuvent nous être enlevées, du jour au lendemain, par un nouveau décret, sans que nous ayons rien à réclamer. Les décrets, c'est comme les clous : l'un chasse l'autre.

L'arrêt, dans ses considérants, veut bien reconnaître cependant que si nous ne possédons pas de droits, nous avons des intérêts et même que le décret attaqué lèse les intérêts d'un certain nombre d'entre nous. Mais cela n'a aucune importance.

Et nunc erudimini, mes chers collègues. Avertis par les considérants du Conseil d'Etat, — et ç'aura été là le bon côté de l'affaire, — nous allons nous employer à conquérir les droits qui nous manquent. Un statut des fonctionnaires est en préparation ; nous sommes des fonctionnaires, nous devons y avoir notre place. Il faut que ce statut définisse clairement, pour les médecins des asiles, les conditions d'entrée dans la carrière, d'avancement, d'âge et de droits à la retraite. Faisons entendre notre voix, portons nos respectueuses mais fermes revendications aux pouvoirs publics. Si nous ne possédons pas une situation nettement établie, si nous ne sommes pas assurés du lendemain, si nous n'avons même pas les droits que possèdent nos infirmiers unis en de puissants syndicats, que signifient nos titres de médecins en chef et de médecins directeurs.

Mais les préoccupations de nos intérêts personnels, pour grandes et légitimes qu'elles soient, ne sauraient arrêter l'essor de notre pensée, paralyser nos efforts, nous faire négliger les travaux scientifiques qui sont l'objet et le but de ce Congrès.

Des sujets du plus haut intérêt sollicitent notre attention.

Le consciencieux et volumineux rapport de M. Parant sur les fugues, va, dès ce soir, être disséqué, étudié à fond. L'auteur, fils d'un de nos collègues les plus estimés, est un de mes

anciens internes ; de celui-là, j'ai lieu d'être fier ; de tous, hélas ! je ne puis pas en dire autant.

Le rapport de M. Sainton sur les chorées chroniques, recevra en séance une illustration qui en augmentera encore l'attrait et en facilitera la compréhension.

Les très bons rapports de MM. Granjux et Rayneau sur les aliénés dans l'armée, la question capitale du Congrès, donneront lieu, j'en suis convaincu, à de longues et brillantes discussions.

A l'œuvre donc, mes chers collègues, employons-nous de notre mieux pour que cette session ait autant d'éclat que les précédentes, pour qu'elle soit féconde en résultats, non seulement au point de vue scientifique, mais encore et surtout au point de vue social.

Allons de l'avant, toujours plus loin, toujours plus haut.

Des applaudissements unanimes et prolongés saluent les dernières paroles de ce discours vibrant, qui, prononcé avec beaucoup de brio, a été très apprécié de toute l'assistance.

En terminant, M. Vallon invite les Congressistes à visiter en corps le Musée de Nantes et les curiosités de la ville jusqu'au déjeuner et rappelle que la première séance scientifique du Congrès aura lieu l'après-midi à deux heures, à l'Ecole de Médecine.

SEANCE DU LUNDI 2 AOUT

Séance de l'après-midi

ÉCOLE DE MÉDECINE

Présidence de M. le Docteur Vallon

La séance est ouverte à 2 heures par M. le Dr Vallon, président du Congrès.

M. le Dr Malherbe, directeur de l'Ecole de Médecine, souhaite en quelques mots aimables la bienvenue aux Congressistes, et se fait un plaisir de les recevoir dans l'Ecole de Médecine qu'il est heureux de mettre à leur disposition.

Au nom de ses collègues M. le Dr Vallon le remercie de son hospitalité si aimable.

M. le Président met ensuite aux voix la nomination des Présidents d'honneur.

Sont nommés à l'unanimité et par acclamations :

Présidents d'honneur

MM.

Granier, Président du Comité des inspecteurs généraux au Ministère de l'Intérieur, représentant M. le Ministre de l'Intérieur.

Dr Simonin, professeur au Val-de-Grâce, représentant M. le Ministre de la Guerre.

Rault, Préfet de la Loire-Inférieure.

Jamin, Président du Conseil Général de la Loire-Inférieure.

Guist'hau, Maire de Nantes.

Bourdonnay, Président du Tribunal Civil.

Martin, Procureur de la République.

Laronze, Recteur de l'Université de Rennes.

Dr Malherbe, Directeur de l'Ecole de Médecine.

Dr Renault, Directeur du Service de santé du XIe Corps d'armée.

Dr Brousse, Député, représentant la Commission de surveillance des Asiles de la Seine.

Dr Drouineau, Inspecteur général honoraire.

Dr Biaute, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés.

Président

M. le Dr Vallon, Médecin en chef de l'Asile Sainte-Anne (Paris).

Vice-Président

M. le Dr Klippel, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Secrétaire-général

M. le Dr Mirallié, Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes.

Secrétaires des Séances

Dr Dupouy, Chef de clinique des maladies mentales, à Paris.

Dr Chartier, Ancien Interne des Hopitaux de Paris.

Dr Kahn, Chef de clinique adjoint des maladies mentales à Paris.

Dr Latapie, Médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Nantes.

Délégués au Congrès

Ministère de l'Intérieur : M. Granier, Président du Comité des Inspecteurs généraux.

Ministère de la Guerre : Dr Simonin, Professeur au Val-de-Grâce.

Préfecture de la Seine : Dr Paul Brousse, Député, membre de la Commission de surveillance des Asiles de la Seine.

Dr Vigouroux, représentant le Service des Aliénés et le Corps médical des Asiles de la Seine.

Société Médico-psychologique de Paris : Dr Arnaud, Vice-Président de la Société ; Roubinovitch ; René Sémelaigne.

Société Clinique de Médecine mentale de Paris : Dr Vigouroux, Médecin en chef de l'Asile de Vaucluse.

Société d'Hypnologie et de Psychologie de Paris : Dr P. Farez.

Société de Médecine légale de France : Drs Marcel Briand et Granjux.

Société de Psychiatrie : Dr Deny.

Société de Neurologie : Drs Brissaud, Klippel, Meige et Dupré.

Société belge de Neurologie : Drs Aug. Ley, Président ; Crocq, Secrétaire général et Sano, membre de la Société.

Société de Neurologie suisse : Dr Long.

La parole est donnée à M. le Dr V. Parant fils, pour l'exposé de son rapport.

PREMIER RAPPORT

Les fugues en psychiatrie (M. Victor Parant, *rapporteur*)

I. — Définition de la fugue

La fugue est, pour Raymond, « un acte impulsif, compliqué et bien coordonné, suivi d'amnésie. » Cette définition ne s'applique qu'à un petit nombre de fugues. Or, le terme fugue n'est pas une de ces expressions artificiellement créées par un auteur, pour dénommer un état scientifique isolé par lui, et dont il a le droit de restreindre le sens, c'est un vocable appartenant au patrimoine commun de la langue française avec une signification que l'étymologie et l'usage lui assignent ; on ne peut donc, sans abus, en attribuer l'appropriation sans épithète à une variété exclusive des phénomènes qu'il est en droit de désigner.

Pour Ducosté, on ne peut définir la fugue ni avec l'irrésistibilité, ni avec l'état de conscience, ni avec le souvenir, ni avec ses aspects et ses synchronismes psychologiques. « Il semble qu'un seul caractère soit commun à toutes les fugues : l'absence de motif ; le malade part et vagabonde sans savoir pourquoi ; il n'est pas déterminé psychologiquement. » Les explications fournies par les malades ne sont que des défaites. Les hysté-

riques eux-mêmes en état second ont un mobile, mais totalement inconnu de la conscience normale du malade. On peut donc, pour lui, proposer de la fugue la définition suivante : « La fugue est un accès de vagabondage sans motif. » Or, sans motif est inexact, et, de plus, Ducosté remarque lui-même combien sa définition est incompréhensive. « En effet, sont éliminés par cette définition les cas où les aliénés s'enfuient de leur demeure pour échapper à des persécuteurs imaginaires, à des voisins exécrés, à des hallucinations terrifiantes, etc. On rapporte souvent de ces espèces où la fuite des malades n'est, à vrai dire, qu'une réaction logique, comme les déplacements motivés des gens normaux, et non une fugue pathologique. Pour la même raison, on ne considèrera pas comme fugues ces pérégrinations souvent très compliquées qu'accomplissent les délirants réformateurs ou inventeurs à la recherche de disciples ou de commanditaires. »

Cette élimination de Ducosté est tout à fait injustifiée et arbitraire ; sans aller plus loin, il nous oblige à écarter sa définition avec celle de Cottu qui, en voulant compléter la précédente, lui enlève toute précision : « La fugue, dit-il, est un accès de vagabondage quelquefois sans motif, quelquefois commandé par une cause imaginaire, suivi ou non d'amnésie. »

Joffroy et Dupouy adoptent, pour le mot fugue, la signification d' « abandon impulsif du domicile. » Malheureusement, leur définition a besoin elle-même d'être définie. S'il y a impulsion, ce n'est pas dans le sens qu'ils attribuent à l'impulsion, « terme qui sous-entend les caractères de soudaineté dans l'exécution, de limitation dans la durée et de répétition possible, inhérents à tout acte impulsif », ce qui exclut beaucoup de fugues délirantes et systématisées. Cette définition a, de plus, le défaut de détourner de son sens courant le mot domicile, en l'étendant outre mesure à « toutes les variétés de domicile, personnel, paternel, conjugal, hospitalier, scolaire ou militaire, domicile de fortune ou d'occasion (chambre d'hôtel), domicile de travail, c'est-à-dire le chantier, l'usine ou l'atelier... » On en dirait autant de la tortue, ou de Diogène ; c'est tout le contraire du domicile, c'est de l'ubiquité.

Benon et Froissard, qui ont défini la fugue : « un état morbide de l'activité, accidentel, transitoire, qui survient presque toujours par accès, au cours duquel le malade exécute un déplacement anormal, marche, course, voyage, etc., sous l'influence de troubles psychiques » ont, à notre sens, approché de beaucoup plus près la réalité ; à la condition de ne pas attribuer une signification trop étroite aux épithètes transitoire et par accès, nous ne leur reprocherons que d'être longs pour une bonne définition. Aussi croyons-nous devoir nous en tenir à celle-ci, dont tous les termes sont déjà dans la leur : *la fugue est tout acte de marche ou de voyage accompli par accès et déterminé par un trouble mental.*

Cette définition place la fugue entre l'*automatisme* et le *vagabondage,* avec lesquels, dans les cas extrêmes, elle pourra être confondue, mais dont on peut, de coutume, la séparer.

L'*automatisme* provoque des mouvements exécutés sans but et sans direction aucune, ne répondant à aucune élaboration psychologique ; parmi ces mouvements il y a des actes de marche : cliniquement, les phénomènes procursifs de l'épilepsie, l'activité désordonnée de bien des déments sont des actes automatiques : nous ne les confondrons pas avec les actes qu'on dénomme par abus automatisme ambulatoire et qui, dans l'état second hystérique, notamment, sont de véritables fugues n'ayant, à proprement parler, d'automatique que le nom. D'autre part, il y a dans la plupart des fugues, chez l'obsédé, le confus, le délirant ou le dément, une part d'activité qui est véritablement automatique, c'est-à-dire étrangère à la personnalité et à la volonté du sujet. Joffroy et Dupouy ont bien mis en lumière ces phénomènes.

A l'extrémité opposée se trouve le *vagabondage.* Psychologiquement et cliniquement, on doit différencier la fugue du vagabondage. Il y a, en effet, des individus, les uns sains d'esprit, les autres déséquilibrés, qui vont devant eux en vertu d'un acte volontaire, sans l'intervention, même alors qu'ils sont déséquilibrés, d'un trouble mental actuel, non constitutionnel, susceptible d'un traitement ou auteur d'irresponsabilité. Ils sont ou involontairement entraînés sur la route par le fait de circonstances extérieures à eux-mêmes, ou volon-

tairement, en vertu d'un ensemble de goûts ou d'aptitudes, d'une constitution, qui fait d'eux des professionnels, méritant ce nom de vagabond, dont le sens même exprime une sorte de permanence dans l'état Cliniquement, certains fugueurs, les systématisés notamment, pourront, par la durée de leur fugue, prendre l'aspect des vagabonds, mais nous les comprenons dans notre description des fugues, pour autant que le mobile de leur déplacement est nettement délirant.

On pourra avoir des doutes sur la place à attribuer, parmi les fugueurs ou les vagabonds, à ces nombreux cas limite, voisins du délire, semi-délirants ou demi-fous si l'on veut, que nous laissons dans les cadres du vagabondage. C'est à une étude sur le vagabondage qu'appartiennent les déments de toute sorte réduits à demander le pain qu'ils ne peuvent plus acquérir par le travail ; les infirmes par accidents ou de naissance ; les enfants abandonnés ou dévoyés par des parents ou des entrepreneurs coupables ; les insuffisants sociaux par maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, notamment (Joffroy et Dupouy), ou par intoxication, tels le morphinomane et surtout l'alcoolique récidiviste décrit par Guiard, errant, vagabond, instable, toujours sans domicile lorsqu'il n'est pas parasite de l'asile où il sollicite perpétuellement son entrée, où « vagabond d'un type spécial, il va comme d'autres vont à l'asile de nuit » pour y rester occupé au travail très peu absorbant et sans chômage des bureaux, réalisant le type de « l'aliéné fonctionnaire » ; les enfants que l'hérédité et l'imagination entraînent sur la route ; les vagabonds fantaisistes (Marie et Meunier), et les vagabonds par nécessité, chômeurs et sans travail involontaires, ou les instables, ouvriers errants de Pitres, vagabonds riches dont Pagnier a cité une curieuse observation d'après Fossey, et dont Marie a signalé celui qui s'intitule citoyen de la République internationale des Wagons-Lits ; les trimardeurs qui ne veulent vivre que de leur existence anti-sociale ; les instables délinquants intermédiaires aux aliénés et aux criminels de A. Petit ; les débiles moraux à réaction anti-sociale de Courjon ; les excentriques, lunatiques, instables et aventuriers de Cullerre, voisins des dissipateurs et aventuriers de Trélat ; les hypocondriaques d'aspect si

varié, depuis ceux qui forment la clientèle des stations thermales, balnéaires, climatériques et d'altitude, jusqu'aux Juifs-Errants de Meige ; les paranoïaques, enfin, dont Joffroy et Dupouy ont donné pour la première fois une description synthétique, montrant leur défectuosité mentale constitutionnelle et leur tempérament fait de susceptibilité, de méfiance et d'orgueil : « perpétuels errants par refus de se plier à ce qu'ils considèrent comme un esclavage aux règles et aux lois sociales », eux dont déjà Arnaud dépeignait la tendance native au vagabondage : « Ils quittent la maison de leurs parents, ils s'évadent de leur pension pour aller à l'aventure, vivant de maraudage, de mendicité ou de vol, suivant les circonstances, jusqu'à ce que la fatigue ou le manque de nourriture les forcent à s'arrêter, ou bien jusqu'à ce que leur famille les ait enfin retrouvés. Dans les grandes villes, ils trouvent le moyen de satisfaire à la fois leur passion de vagabondage, leur goût du vol et du gaspillage, et leurs appétits de débauche en se mêlant à de véritables criminels pour former ces bandes de malfaiteurs précoces dont la police correctionnelle et même la cour d'assises nous révèlent si fréquemment les exploits. » Ces paranoïaques ne sont pas incapables de travail et se retrouvent parfois dans les professions errantes ou intermittentes. Une autre espèce de faux fugueurs est celle de ces hallucinés dont parle Foville, qui changent de résidence parce que cela les débarrasse de leurs voix ; leur voyage est thérapeutique et non délirant. Notons enfin, d'une simple mention, les vagabordages collectifs impulsifs des foules ou des peuples : croisades d'enfants, invasions des Barbares, d'Arabes, de Mongols ou de nomades.

La définition du vagabondage n'est pas aisée. Benon et Froissart disent que c'est « un état morbide habituel de l'activité, au cours duquel le malade exécute des marches, voyages, etc., sous l'influence des troubles psychiques. » Nous avons vu qu'il y a dans le sens du mot vagabond, étymologiquement une notion de permanence, cliniquement une notion d'état, soit normal, soit constitutionnel, intégré à la personnalité du vagabond. Or, Benon et Froissart, s'ils ont bien vu l'état de durée ou de permanence du vagabondage, ont eu le tort de

ne comprendre, sous le terme de vagabondage, que les états morbides, à l'exclusion de toutes autres causes économiques, morales ou ethniques.

Pagnier n'a pas senti les différenciations nécessaires, quand il dit du vagabondage qu'il « n'est en effet, même à l'état type et complet, qu'une fugue, mais une fugue à longue durée. Tout se ramène donc à examiner quels sont les états dans lesquels se rencontre ce symptôme. »

Joffroy et Dupouy en définissant le vagabondage « le fait d'errer sans vouloir ou pouvoir revenir à un domicile fixe », semblent vouloir y incorporer le simple égarement du sénile ou de l'amnésique et ne pas voir son caractère essentiel d'habitude et de permanence.

Une des meilleures définitions reste celle de Bailleul : « Dans l'acception du mot, le vagabondage est le fait d'un homme qui erre à l'aventure, sans avoir une habitation pour trouver un abri quotidien ; peu importe, d'ailleurs, un domicile d'origine ou un autre domicile de droit, s'il n'y a point résidence de fait. » Nous nous y rallierons en remarquant une dernière fois, qu'à l'exclusion de toute préoccupation correctionnelle, la question ici débattue est purement de psychologie et de clinique.

II. — Division des Fugues

Les fugues peuvent se diviser en deux groupes, suivant qu'elles ont des caractères propres, spécifiques, ou qu'elles sont banales.

Les *fugues spécifiques* comprennent :

Les fugues mélancoliques.

Les fugues oniriques.

Les fugues épileptiques.

Les fugues impulsives et démentielles de la démence précoce.

Les fugues dromomaniaques.

Les fugues des états seconds.

Les fugues systématisées.

Dans les états mélancoliques, de toute nature et de toute intensité, sur un fond de douleur morale, d'arrêt psychique et d'aboulie, surviennent, avec un début brusque et violent,

des raptus provoqués essentiellement par une anxiété généralement intense, et dont la conséquence peut être des fugues de durée variable ; le délire intervient secondairement pour les interpréter ; ce sont les *fugues mélancoliques.*

Au cours du délire onirique, nées de ses éléments mêmes et en relation étroite avec lui, quelle qu'en soit la cause, alcoolisme ou autres intoxications, infections, auto-intoxications et peut-être épilepsie, se produisent des fugues, conséquence directe des terreurs ou des erreurs hallucinatoires, et teintées parfois d'une couleur délirante, dont la terminaison se fait par rémission, par épuisement ou par appel du fuyard à la protection des autorités, et peut aboutir au suicide ou au crime : ce sont les *fugues oniriques.*

Dans les diverses épilepsies, liées ou non à une des phases de l'attaque convulsive, se produisent, parfois avec calme, mais ordinairement avec brutalité, des actes de déambulation allant des phénomènes procursifs et des impulsions rapides aux fugues complexes, tous habituellement caractérisés par un début soudain et une fin brusque, délimitant un état de confusion hallucinatoire intense où la conscience est obnubilée profondément, l'amnésie générale et durable, les actes mal coordonnés ; ce sont les *fugues épileptiques,* dont la répétition est assez uniforme.

Au début ou pendant le développement de la démence précoce, indépendamment de tout état surajouté, existent des fugues habituellement impulsives, soudaines, automatiques et toujours démentielles, immotivées et absurdes, ce sont les *fugues* propres à la *démence précoce.*

Parmi les impulsifs avec conscience, il en est de sujets aux *fugues dromomaniaques,* accomplies, dans quelques cas rares, après une lutte anxieuse et des phénomènes d'inhibition quelquefois victorieux, et plus souvent par une impulsion fatale et sans tentative volontaire d'arrêt. Ces dernières fugues, à début brusque, semblent étrangères à la conscience du sujet qui assiste comme passive à leur développement et sont d'un diagnostic délicat avec de nombreuses fugues où la volonté n'est pas absente.

Dans les *fugues en état second* surgissant par un début

brusque et terminées brusquement au cours d'un somnambulisme de cause habituellement hystérique et, en certains cas, toxique ou traumatique, le sujet, agissant en conformité d'une habitude ou d'un désir antérieur, vit une personnalité légèrement désorientée et de mémoire lacunaire, et exécute paisiblement des actes coordonnés, dont au réveil il paraîtra inconscient et aura perdu le souvenir pour le retrouver dans une récidive spontanée ou dans le sommeil hypnotique.

Dans le courant d'un délire systématisé, quel qu'il soit naissent après réflexion, se poursuivent avec méthode et persévérance des fugues de longue durée ayant un but défini et un caractère toujours délirant : ce sont les *fugues systématisées*.

Les *fugues banales,* au lieu de devoir leur origine à une cause bien particulière comme les précédentes, et d'avoir un aspect clinique nettement spécial, sont dues à des phénomènes aussi répandus, aussi communs aux affections les plus diverses, que le sont l'excitation maniaque ou l'affaiblissement intellectuel. Ces fugues sont, les unes des fugues par suractivité motrice, érotique, intellectuelle, allant, dans certains cas, jusqu'aux confins de l'automatisme, et comprenant toutes les fugues de simple instabilité, les autres des fugues démentielles, amnésiques ou confuses, ayant leur origine, non dans un trouble spécial de l'activité, mais uniquement dans la diminution ou dans l'anéantissement d'une des fonctions supérieures du cerveau.

Ni les fugues spécifiques, ni à plus forte raison les fugues banales n'ont de valeur diagnostique suffisante pour aider, par leur seule présence, à la classification d'une espèce nosologique dans les cadres des maladies mentales. C'est que les fugues banales ressemblent beaucoup les unes aux autres, s'il s'agit d'une fugue démentielle, que la déchéance soit de nature sénile, organique, vésanique ou autre, et, s'il s'agit d'une fugue d'excitation ou d'instabilité, que l'on ait affaire à l'une quelconque des causes qui développent la suractivité fonctionnelle cérébrale. Et les fugues spécifiques sont, elles, le produit non d'une psychose déterminée, mais simplement d'un syndrome.

Il n'y a pas, en effet, la fugue de la mélancolie d'involution,

de la psychose périodique, du délire de persécution, du délire alcoolique, de l'hystérie... Il y a la fugue mélancolique qui se présentera de façon identique et avec une même pathogénie dans la dépression simple, dans la mélancolie d'involution, dans le délire des négations, dans la dépression due à des intoxications ou à des affections organiques diverses ; il y a la fugue onirique, dont l'origine hallucinatoire est évidente, quelle que soit l'intoxication étiologique ; il y a la fugue dromomaniaque, dans le syndrome impulsif ; il y a la fugue en état second, plus fréquente dans l'automatisme hystérique, mais qui ne lui est pas exclusivement attribuable ; les fugues impulsives et démentielles de la démence précoce doivent de ne pas figurer à côté des fugues banales seulement aux caractères évolutifs assez spéciaux de l'affaiblissement intellectuel qui les détermine ; et les fugues systématisées trouvent leur unité dans le fond paranoïaque qui, selon le cas, systématisera un délire avec des idées de grandeur, de jalousie, mystiques ou de persécution.

On peut très bien concevoir que, par une crise incidente, un systématisé fasse une fugue onirique, un hystérique une fugue dromomaniaque, un dément précoce une fugue mélancolique, et l'un d'entre eux des fugues banales. Chez un même sujet, les fugues peuvent, sous l'influence de causes variables, revêtir des formes diverses.

III. — Les Actes liés aux Fugues

Les fugues n'ont pas toujours, dans le tableau clinique, l'aspect isolé sous lequel elles ont été jusqu'ici considérées. Elles sont habituellement liées à d'autres actes délirants, et leur place est d'une importance très variable, tantôt secondaire et méconnaissable, tantôt, au contraire, prépondérante et dominatrice.

Les *fugues mélancoliques* s'accompagnent, habituellement, d'actes graves. Le suicide est souvent l'objet principal de la fugue. Il peut être précédé d'un meurtre, le malade voulant préserver les êtres les plus chers du malheur qu'il sent devoir les atteindre ; au cas où le suicide consommé ne suit pas alors

le crime, ce qui se produit d'autant mieux que, l'impulsion étant satisfaite par une première violence, la tentative subséquente de suicide est incomplète, maladroite et qu'elle peut paraître simulée, le meurtrier sera poursuivi pour assassinat.

L'alcoolique en état de *fugue onirique* est susceptible de commettre des actes très dangereux, parmi lesquels il en est qui ont la même origine et la même pathogénie que la fugue. Poursuivi par des hallucinations terrifiantes, harcelé d'injures, ahuri par la fantasmagorie ambiante, l'alcoolique délirant saisit une arme, et avec la même impulsivité que lorsqu'il s'élance droit devant lui, il frappe ou tire sur les ennemis dont la vision se profile sur le mur, sur le parent ou le voisin que son illusion aura habillé des formes du bourreau ou de l'incendiaire. La plupart des violences sur autrui qui se manifestent, soit au début, soit au cours des fugues, n'ont pas d'autre explication, et le meurtrier, tout tremblant, se croit en état de légitime défense.

De même l'alcoolique peut se jeter, tête baissée, dans des périls mortels dont l'évidence lui échappe momentanément. Mais il ne faut pas confondre ce suicide onirique avec celui où l'on demande à l'ivresse l'excitation nécessaire pour mettre fin à la vie.

Enfin, au cours de sa fugue délirante, l'alcoolique commet de menus délits variés, des actes extravagants, des outrages ou violences contre les agents de l'autorité, des escroqueries et des vols inconscients.

Les actes graves commis par l'*épileptique*, au cours de ses accès d'automatisme ambulatoire, sont particulièrement nombreux.

L'activité désordonnée de l'épileptique, son automatisme aveugle, le débordement de ses instincts grossiers, lubriques ou brutaux, son inconscience, sont les facteurs de ces actes dont la sauvagerie est classique. L'inconscience et l'amnésie ont pour conséquence qu'ayant accompli leur crime de manière ouverte, ils ne prennent pas soin de le dissimuler. La réitération similaire s'observe aussi bien pour les actes délictueux que pour le reste de la crise ambulatoire.

On a plus souvent affaire à des crimes qu'à des délits. Ce

sont surtout des actes contre les personnes, violences, meurtres, des outrages publics à la pudeur et aussi des crimes contre la propriété, vol et incendie ; on observe le suicide involontaire ; Ducosté a décrit le suicide impulsif conscient : rappelons la fugue militaire.

Le diagnostic pourra être délicat chez l'épileptique fugueur qui, en dehors de tout automatisme, aura accompli des actes délictueux conscients et se prévaudra sans raison de son état mental pathologique.

Dans la *démence précoce,* il y a lieu de distinguer entre les actes commis au cours de la fugue, mais ne relevant que de l'état d'affaiblissement moral ou affectif, actes de violence ou attentats contre la propriété, et ceux qui sont l'occasion ou la conséquence de la fugue.

Sont la cause de la fugue, certaines tendances au vol, à l'incendie, à des actes étranges, comme de déterrer des os dans un cimetière, à l'homicide, à la prostitution.

Sont la conséquence de la fugue, des vols provoqués par le besoin de nourriture, la grivèlerie, la série des délits militaires : insoumission, abandon de poste, absence illégale, désertion, certains suicides impulsifs.

La *fugue dromomaniaque* par les conditions de fait dans lesquelles elle se développe, lucidité, conscience, soudaineté au milieu d'une vie normale, pourra être, plus que tout autre fugue, par elle-même un délit, vagabondage, absence illégale ou désertion.

La fugue de l'impulsif s'aide de menus délits, tels que maraude, grivèlerie, bris de clôtures, ou de préjudices civils divers, ou encore de faits plus graves, vols, punissables lorsqu'ils n'atteignent pas les ascendants, ou abus de confiance commis au détriment d'administrations ou de patrons.

Parfois le délit est associé très intimement à la fugue comme l'est un vol de bicyclette ou de cheval devant servir à satisfaire l'impulsion.

Enfin, des impulsions criminelles très variées peuvent succéder à des impulsions dromomaniaques, sans avoir d'autre rapport avec elles que le terrain sur lequel elles se

développent, ivresse, meurtre de ses propres enfants, suicide, incendie, vol, prostitution.

Les actes délictueux des hystériques en *état second* sont nombreux. Malgré l'apparence normale du malade, ils sont la conséquence de l'amoindrissement de sa personnalité, les désirs subconscients étant plus aisément satisfaits en l'absence d'un contrôle supérieur. On observe des vols avec toutes leurs variétés : abus de confiance, escroquerie, grivèlerie, et des délits plus rares, conséquence d'une idée fixe, comme chez cette malade qui cherche à enlever un enfant sur une place publique : cette jeune femme n'a jamais eu d'enfants et a toujours désiré en avoir. Des incendies et des meurtres ont été signalés en quelques cas. Colin rapporte l'histoire d'un hystérique qui, en état second, s'était fait cinq blessures avec son rasoir, et, à son réveil, cherchait les ennemis dont cet attentat laissait supposer l'existence. Le même auteur cite une curieuse fugue, accomplie en état second par un soldat au cours de la guerre des Pavillons-Noirs et qui le conduisit, blessé, dans une ambulance ennemie. On distinguera ces actes, commis en état second, de ceux d'hystériques mythomanes où la fugue est alléguée ou parfaitement volontaire.

La fugue du *systématisé* persécuté est un procédé de défense. Elle se suffit en général à elle-même. Néanmoins, on peut la voir compliquée d'actes plus graves, entre autres la tentative de meurtre. Il arrive aussi que le suicide soit l'épisode terminal de la vie des persécutés migrateurs. Ce suicide peut être involontaire.

Si les persécutés qui fuient semblent épuiser par là leurs réactions dangereuses, il apparaît, au contraire, pour les persécuteurs, que la fugue ne soit qu'une manifestation de l'intensité de leur besoin de vengeance et témoigne surtout de leur nocivité.

Au cours de leurs fugues, les mégalomanes et certains persécuteurs commettent des attentats simulés, comme les pseudo-régicides, ou se livrent à des actes nuisibles à la propriété ou à du scandale, de façon à attirer sur eux l'attention négligente du public et des autorités.

Il est fréquent que les fugues du *paralytique général* s'accom-

pagnent d'actes très variés qui se confondent avec elles, ayant le même caractère occasionnel, rarement prémédité, peu voulu, encore moins exclusif d'autres préoccupations. Ces actes reconnaissent la même pathogénie que les fugues, préoccupation délirante, inconscience démentielle et surtout automatisme. Le paralytique général sort tout nu dans la rue, adopte une attitude indécente ou satisfait publiquement ses besoins naturels, très souvent prend des voitures qu'il ne peut payer ; dans ses allées et venues, il s'endort la nuit sous le premier abri trouvé ; son air hébété, sa tenue misérable attirent sur lui l'attention des passants qui, pris de compassion, lui font parfois l'aumône de quelque argent. Loin de se cacher, il se laisse prendre et condamner pour vagabondage et mendicité.

Au cours de leur déambulation automatique, les *vieillards* sont succeptibles d'accomplir des actes contre la propriété, des actes contre la morale, des tentatives de suicide. Ces faits sont aussi banals que nombreux.

La fugue du *maniaque* donne rarement naissance à des actes délictueux. On a signalé l'ivresse, des vols commis par occasion et une série de faits dus à l'érotisme de ces excités.

Les fugues des *idiots* sont trop élémentaires pour donner lieu à des combinaisons d'actes intéressantes.

Celles des *imbéciles,* au contraire, peuvent être très dangereuses par l'excitation de l'appétit sexuel, cause de viol, de profanation de cadavres. Elles sont l'occasion de vols, surtout en nature. La femme imbécile se livre à la prostitution, et il peut être difficile, sans les commémoratifs, de faire le diagnostic rétrospectif entre l'imbécillité et la démence précoce.

Dans la *folie morale,* les actes les plus divers et les plus dangereux accompagnent la fugue, qui disparaît au second plan : délits de droit commun contre la propriété et contre la morale sexuelle, délits militaires ; tous sont possibles et ont été accomplis.

Enfin, chez les *enfants,* parmi les actes que provoque la fugue, le vol seul, qui est fréquent, mérite une citation particulière.

M. Roger DUPOUY. — Notre distingué collègue a fait

à l'ouvrage que j'ai écrit en collaboration avec mon regretté maître, le professeur Joffroy, l'honneur de nombreuses citations. Personnellement, je ne dois point, d'ailleurs, m'en enorgueillir outre mesure, car je n'ai été que le très modeste collaborateur d'un maître qui nous fut commun à tous deux, Parant et moi, et le rapporteur d'aujourd'hui a laissé voir combien il a conservé vivace le souvenir de son ancien clinicat. D'autres que moi, plus autorisés, décerneront à ce rapport sur les fugues les éloges qu'il mérite ; je craindrais de les affaiblir en y joignant les miens. J'ai seulement voulu, en demandant la parole, répondre à quelques légères critiques qui nous ont été adressées.

Je m'associe entièrement à l'opinion du rapporteur concernant la fugue mélancolique, qu'il nous présente comme un raptus d'angoisse ; nous avons fait nous-mêmes, à notre chapitre des fugues des déprimés, la remarque que la fugue s'observait presqu'exclusivement chez les mélancoliques anxieux. Mais le délire n'a-t-il pas lui-meme une influence profonde sur l'anxiété du mélancolique? Le mélancolique simple, non délirant, se contente de souffrir ; il pleure silencieusement ou ne manifeste sa douleur morale que par son faciès contracté et son immobilité ; il ne présente pas l'anxiété farouche du mélancolique anxieux et, lorsqu'un épisode anxieux survient, il s'accompagne généralement d'une bouffée de délire, tout au moins d'une appréhension immotivée, delirante, de l'avenir. Or celui-ci, le mélancolique anxieux, est essentiellement un délirant, et son anxiété est en rapport avec le contenu du délire, avec les idées de ruine, de culpabilité, de terrifiante punition qui l'assaillent sans merci.

Le délire mélancolique est secondaire à la douleur morale, élément initial ou, plus exactement, conséquence immédiate de l'existence d'un état cénesthétique pénible, fondement même de la mélancolie. Le délire est le complément, l'explication de cette douleur qui se cherche une raison d'être, mais aussi il l'avive et l'exacerbe. L'angoisse du mélancolique, sentiment physique engendré par la douloureuse perception d'un état cénesthétique pénible, se transforme ainsi en anxiété par l'adjonction d'un élément intellectuel, délirant en l'espèce

ou consistant pour le moins, je le répète, en une appréhension injustifiée de l'avenir. Si donc le délire dérive de la douleur morale du mélancolique, il entre aussi pour une part dans la genèse de l'anxiété, syndrôme intellectuel, et les rapports qui les unissent tous deux sont tels que l'on pourrait presque dire dans la mélancolie : sans délire, point d'anxiété,... partant, point de raptus. La fugue mélancolique est donc bien, comme le veut Parant, une fugue anxieuse, mais c'est aussi une fugue délirante.

J'ajouterai que, le plus souvent, il s'agit d'une fugue — suicide — qui, au surplus, a pu avorter — et que dans les observations publiées on a surtout retenu le dernier terme de l'acte, le suicide, en laissant dans l'ombre la fugue qui l'a précédé.

La fugue dromomaniaque serait, pour le rapporteur, beaucoup plus souvent une fugue impulsive qu'une fugue obsédante. En réalité, tous les intermédiaires s'observent entre l'impulsion psycho-motrice et l'impulsion psychique et il est fort difficile de délimiter exactement où commence et finit l'obsession. Si, en présence d'une idée brusquement surgissante, l'individu cède sans aucune velléité de lui résister, il s'agira d'une impulsion simple qui se satisfait avec sérénité. Si, même vaincu, il a lutté et connu, avant de succomber, l'angoisse de la défaite, nous admettrons qu'il y a eu obsession impulsive. Dans certains cas nous avons remarqué que le même individu présentait tantôt une fugue impulsive, tantôt une fugue obsédante. Mais il nous a semblé, chez la plupart de nos impulsifs, qu'il existait pour le moins un rudiment de lutte, une ébauche d'angoisse, avant la fugue qui se terminait, pour ainsi dire toujours, par un épisode de dépression et de regrets douloureux au cours duquel notre sujet avouait l'appréhension anxieuse d'un nouvel accès et se promettait de ne plus succomber.

M. Parant nous a reproché de n'avoir pas donné une suffisante autonomie à la fugue systématisée du persécuté. Au point de vue clinique il a parfaitement raison : la fugue raisonnée du persécuté a des traits qui lui sont absolument personnels mais, nous étant également placés au point de

vue du déterminisme psychologique de l'acte, nous ne pouvions séparer la fugue délirante systématisée du persécuté des autres fugues délirantes. Que le sujet fût un paranoïaque, un hypomaniaque ou un paralytique général délirant, la fugue inspirée par une idée pathologique devait figurer pour nous au chapitre des fugues délirantes.

Nous avons pareillement raisonné pour les fugues du dément précoce qui, malgré leurs caractères cliniques particuliers (maniérisme, bizarrerie, incohérence de l'attitude, impulsivité inémotionnelle de l'acte, stéréotypie, etc...) demeurent avant tout des fugues démentielles, comme le fait, d'ailleurs, remarquer le rapporteur lui-même.

J'arrive enfin à la critique la plus sévère qui nous ait été faite, celle de la définition que nous avons donnée de la fugue. La définition d'un acte est chose généralement très difficile et celle de la fugue me parait particulièrement délicate car la fugue se présente, comme nous l'avons vu, avec des caractères bien différents suivant les cas.

Je ne veux point m'attacher à défendre les termes dont nous nous sommes servis et j'admets très volontiers qu'on en trouve de meilleurs. Cependant je ferai à mon tour une critique à la définition du rapporteur : « nous définirons la fugue morbide, dit-il (page 126 du rapport) *tout acte de marche ou de voyage accompli par accès et déterminé par un trouble mental* ». C'est reconnaître implicitement qu'il existe des fugues non pathologiques. Quelle est alors la définition de celles-ci? La précédente, amputée de son dernier membre de phrase? Peut-on de la sorte différencier la tournée du placier, le voyage d'agrément du rentier, d'une fugue passionnelle ou sentimentale, la fuite du malfaiteur traqué, le traditionnel voyage en Belgique du banquier véreux, de l'excursion misanthropique d'un Alceste dégoûté du monde et fuyant l'humanité ?

Mais restons dans le sujet et ne considérons que la fugue en psychiatrie. Toutes les fugues rentrent-elles dans la définition proposée? La réponse me paraît douteuse. Tel malade qui *ne marche ni ne voyage* ne saurait alors être considéré comme faisant une fugue. Le persécuté qui, fuyant son domi-

cile envahi par ses hallucinations, va se réfugier subrepticement chez un parent, un ami ou un étranger, et y *demeure*, commet-il une fugue? Le mélancolique qui, semblable à ceux dont le cas nous a été signalé tout à l'heure, demeure tapi sous une meule de foin à quelques mètres de son habitation, ou bien, évadé à l'intérieur, meurt de faim terré en quelque coin, est-il un fugueur? Et comment appeler cette fuite du domicile si on lui dénie le nom de fugue ?

Tous les actes, d'autre part, qui rentrent dans la définition proposée sont-ils véritablement des fugues? Je ne le pense pas davantage. Le maniaque, par exemple, l'épileptique ou le mélancolique anxieux qui *marchent par accès* dans leur chambre, dans leur habitation, dans leur jardin, dans leur parc, au vu et au sû de leur entourage, et déambulent *chez eux* comme ils feraient au dehors, accomplissent-ils une fugue? Assurément non. De même l'aliéné interné, tant qu'il reste dans la cour de son quartier, ne peut être considéré comme un fugueur alors même qu'il exécute tous les actes possibles de marche. Mais s'il vient à franchir la clôture, haie, mur ou grillage, il ébauche immédiatement une fugue.

Il semble bien que pour qu'il y ait fugue, il faille, jointe à l'idée de déplacement, l'idée de disparition. C'est ce que MM. Benon et Froissart faisaient remarquer dans un récent article du Journal de Psychologie ; l'incertitude de l'entourage qui considère le sujet comme en état d'absence crée et précise, disent-ils, l'autre condition importante de la fugue, la première étant constituée par le fait de ne pas rentrer à son domicile. Toutefois, la notion de disparition me semble insuffisante : tel est disparu pour certains et non pour d'autres, tel disparaît volontairement sans pour cela pouvoir être taxé de fugueur...

Nous croyons, en résumé, que le terme de fugue implique, non pas tant la notion d'un déplacement et d'une disparition que celle d'une fuite entraînant *la désertion, l'abandon du domicile* ; seulement il faut donner au mot domicile une extension suffisante pour lui permettre de s'appliquer à toutes les variétés de fugues, la fugue militaire notamment et la fugue scolaire.

Du vagabondage, enfin, je ne veux dire qu'une chose c'est que ce terme, à notre sentiment, ne signifie pas fatalement habitude et permanence, comme le sous-entend le rapporteur. A côté du vagabondage habituel prévu par la loi, il en existe d'accidentels et de transitoires. Le vagabondage, en effet, n'est pas un acte comparable à la fugue, c'est une situation, une manière d'être, c'est le fait d'errer, l'état de celui qui erre, quelle que soit la durée de ses pérégrinations et, j'ajouterai, quelle qu'en soit aussi la cause : nécessité, fatalité, décision motivée, délire, confusion mentale, amnésie, etc... Le dément amnésique ou le confus égarés dans les rues, qui errent de côté et d'autre, ayant perdu la notion de leur domicile et qui se font ramasser au coin d'une borne, incapables de réintégrer leur demeure, sont au moment de leur arrestation en état de vagabondage, tout comme l'individu sans sou ni maille, réduit à gîter sous les ponts, ou le délirant qui fuit son logis et s'en va à l'aventure en quête d'un refuge ou d'un poste chimérique. Et la chose est si vraie que tous, déments, confus ou délirants, ont pu, comme les miséreux, être condamnés par des juges peu clairvoyants pour délit de vagabondage.

Fugue et vagabondage ne sauraient donc etre toujours séparés, car les deux choses n'en font le plus souvent qu'une seule. Le fugueur errant est en meme temps un vagebond : la fugue et le vagabondage se confondent chez lui ou plutôt se superposent. En revancke, il est des fugues qui ne s'accompagnent point de vagabondage et des vagabonds qui ne sont nullement des fugueurs.

M. Régis (de Bordeaux). — Je voudrais établir qu'il existe une tendance réellement constitutionnelle à la fugue, tendance souvent héréditaire, précoce, durable, paroxystique, donnant lieu, durant les crises, à un état mental particulier, s'appliquant aux complications délirantes intercurrentes, lorsqu'il en survient.

Je citerai, à l'appui, le cas de J.-J. Rousseau, qui peut passer pour le type du genre.

J'ai déjà signalé le fait que la tendance à l'impulsion migra-

trice peut être *héréditaire*. Nulle histoire n'est plus curieuse et plus significative à cet égard que celle de Rousseau. Depuis son père, qui fit, dans sa vie, de nombreuses et retentissantes fugues, et son frère qui s'enfuit, à peine adolescent, et disparut à tout jamais, jusqu'à son oncle, Gabriel Bernard, et à son cousin germain, Abraham Bernard, qui abandonnèrent Genève et leur famille et dont on perdit successivement les traces, on ne trouve dans la famille de Jean-Jacques qu'instabilité, migrations, expatriations, disparitions.

Quant à lui qui, dès seize ans, abandonna impulsivement sa ville natale parce qu'un soir les portes se fermèrent à ses yeux, alors qu'il rentrait, il périgrina toute sa vie et mérite bien le surnom de « voyageur-perpétuel », donné par Thévenin.

Jean-Jacques reconnaissait lui-même le caractère impérieux, irrésistible, de sa tendance à la marche, aux déplacements, et il l'a précisé par les expressions si typiques de « fureur des voyages », « vie ambulante », « manie ambulante ». Tous ses biographes ont souligné cette tendance et J. Lemaître va jusqu'à l'appeler un « vagabond », un « chemineau ».

La fugue s'est présentée sous deux types chez J.-J. Rousseau : la fugue impulsive proprement dite ; la fugue impulsive par déterminisme délirant.

1° *Fugue impulsive proprement dite.* — Chez la plupart des dromomanes constitutionnels, l'accès paroxystique survient brusquement, sans motif ou sous l'influence d'un motif futile, imprévu. Il en était ainsi chez Rousseau. Telle sa fuite en présence d'une attaque d'épilepsie du musicien Le Maître, qu'il accompagnait.

Chez la plupart des dromomanes, également, obsédés ou non obsédés, il existe, au cours de la crise, en particulier durant le voyage, un état d'euphorie, de bonheur des plus remarquables. Cet état cénesthésique provient non seulement de la satisfaction donnée au besoin d'action, de mouvement, ainsi qu'au besoin d'indépendance et de vie libre qui domine ces sujets, mais encore à leur amour passionné, instinctif, de la nature. Au fond de tout déambulateur impulsif, heureux d'aller par monts et par vaux, il y a, je crois, un poète plus ou

moins fruste, plus ou moins conscient. C'est ce sentiment que Richepin a si bien exprimé dans le *Chemineau*.

Jean-Jacques a été le premier de ces dromomanes assoiffés de nature. Nul être humain ne l'a sentie, comprise et traduite mieux que lui. En maints endroits de son œuvre, il a dépeint sa joie d'errer dans ses fugues, à travers monts et bois, « les rêves », les « chimères magnifiques » qui l'accompagnaient à ces moments, sa « félicité ambulante », et l'état d'exaltation, d'inspiration créatrice qui en résultait pour lui.

La plupart des dromomanes, au cours de leur fugue, ne sentent pas la fatigue, le besoin de manger, ils couchent au hasard, indifférents à tout. Ils paraissent même heureux de leurs privations ; on dirait que cela fait partie du programme de leur course, et que le bien-être nuirait à la volupté qu'ils en éprouvent. J'ai observé un vagabond, tellement sauvage et tellement revenu à l'état de nature qu'il couchait souvent, la nuit, sur des branches d'arbres, à la façon des oiseaux.

Sans aller jusque là, Jean-Jacques a souvent vagabondé au hasard, et voici ce qu'il dit lui-même à ce sujet : « Ce qu'il y a d'étonnant, c'est que, dans ce cruel état, je n'étais ni inquiet, ni triste. Je n'avais pas le moindre souci de l'avenir, couchant à la belle étoile et dormant étendu par terre ou sur un banc, aussi tranquillement que sur un lit de roses. » (*Conf.*, liv. I.)

On comprend, dès lors, pourquoi les dromomanes ne comprennent le voyage qu'à pied. Je ne serais pas autrement surpris que quelques-uns au moins de ces *globe-trotters* qui font, en cheminant, le tour du monde, ne fussent, au fond, des dromomanes, comme certains calculateurs prodiges ne sont, de leur coté, que des arithmomanes. Ainsi va la gloire.

Jean-Jacques Rousseau était un fervent passionné de la marche, et il chercha pendant longtemps quelqu'un pour faire avec lui, à pied, en un an, le tour de l'Italie.

Il faut donc croire que les impulsifs qui exécutent leur fugue en chemin de fer, à cheval, à bicyclette, sont mus plutôt par le besoin de déplacement que par l'amour des beautés de la nature. Quelques-uns d'entre eux, d'ailleurs, s'approprient et vendent même, comme je l'ai indiqué ailleurs,

l'engin de locomotion qu'ils ont loué. Il y a là un délit surajouté à la fugue, qui n'est pas sans compliquer, parfois, l'expertise médico-légale dans les cas de ce genre.

La conscience et le souvenir sont, d'ordinaire, entièrement conservés dans la fugue impulsive pure. Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles qu'il survient une dysmnésie crépusculaire plus ou moins accusée. Cela est arrivé à Rousseau lors de sa fugue consécutive à l'attaque d'épilepsie de Le Maître.

Quant à la honte et au remords, ils sont loin d'exister toujours après la fugue, ainsi que cela a lieu le plus souvent après la crise dypsomaniaque ou kleptomaniaque. Jean-Jacques regrettait ce qu'il avait pu faire de mal au cours de ses déambulations pathologiques, mais jamais il n'a regretté ces déambulations elles-mêmes, tout au contraire, même alors qu'elles lui faisaient perdre une place et un avenir.

2° *Fugues impulsives à déterminisme délirant.* — J'ai démontré, dans un travail antérieur, que J.-J. Rousseau fut un persécuté mélancolique ou plutôt un mélancolique persécuté qui, avec des idées délirantes de persécution, réagit surtout en mélancolique. Sérieux et Capgras, dans leur récent ouvrage, font de lui, pour leur part, un délirant de persécution par interprétation, ce qui est exact.

Mais le délire de persécution interprétatif n'exclut pas le moins du monde la possibilité d'une association mélancolique, et il semble que la « variété résignée » de Sérieux et Capgras corresponde précisément à ce genre d'association.

Ce fut le cas de Rousseau, dont le délire de persécution par interprétation se traduisit par des réactions mélancoliques, et qui allait, par exemple, jusqu'à offrir de se constituer prisonnier pour permettre d'éclaircir l'accusation d'empoisonnement qu'il croyait peser sur lui.

Une des réactions principales de cette époque délirante de sa vie fut naturellement la fugue.

Toutes les fugues accomplies par Jean-Jacques à ce moment, et elles sont innombrables, ne furent pas pathologiques. Beaucoup, dans le nombre, étaient justifiées par l'ostracisme dont on le frappait partout où il portait ses pas, et c'est là un

fait important qu'il ne faut jamais perdre de vue, lorsqu'on étudie la mentalité de ce grand homme.

D'autres de ces fugues, en revanche, furent pathologiques, impulsives toujours, mais à déterminisme délirant.

Or, il est aisé de se rendre compte que ces fugues, inspirées à Jean-Jacques par des idées maladives de persécution, présentent les caractères des fugues mélancoliques à raptus anxieux, si bien décrites par Parant. C'étaient des fuites tremblantes, apeurées, pleines d'effroi, rappelant la fugue panophobique du mélancolique aigu, celle du délirant onirique voulant échapper à ses terribles visions, ou celles de la foule humaine fuyant un affreux sinistre.

L'exemple le plus caractéristique chez Rousseau, à cet égard, est sa fuite d'Angleterre, en mai 1767. Il suffit d'en lire le récit dans Corancez, ou de parcourir sa fameuse lettre à lord Conway, pour être convaincu.

Dès qu'il eut touché le sol de France, cette crise d'apeurement anxieux disparut. Il fut rassuré, revint à lui et s'excusa même d'avoir un instant soupçonné Thérèse.

C'est bien là, non une fugue de persécution, mais une fugue de mélancolique, ou plutôt une fugue mixte, à prédominance mélancolique, chez un mélancolique persécuté. Cette sorte de fugue, dont Rousseau nous offre un exemple typique, mérite d'être signalée et décrite.

Tels sont les faits. Ils montrent bien qu'il est des individus chez qui la tendance à l'impulsion migratrice est héréditaire, innée, précoce, durable, irrésistible, qui ont, en un mot, la « fugue dans le sang ».

Ils montrent aussi quelle est la mentalité de ces sujets durant leurs fugues, notamment leur état d'euphorie et les causes dont il émane, en particulier l'amour passionné du mouvement, de la vie libre et des beautés de la nature.

Ils montrent enfin que, lorsque des complications délirantes surgissent, l'impulsivité migratrice s'adapte naturellement au délire et revêt une forme adéquate, persécutée, mélancolique, ou persécutée mélancolique, comme dans le cas de Jean-Jacques Rousseau.

Diagnostic et limitation de l'état de fugue

par R. Benon et P. Froissart.

1° Dans un mémoire sur « les Fugues » que nous avons déposé, en 1908, à la Société Médico-Psychologique, pour le prix Esquirol, une des questions qui nous a le plus préoccupé est la question du *diagnostic* et de la *limitation* de l'état de fugue (1).

2° Nous avons d'abord distingué, cliniquement, la fugue du vagabondage. La fugue se présente sous forme d'accès, comme quelque chose d'accidentel, cependant que le vagabondage est un état morbide habituel, chronique. Entre la fugue et le vagabondage existent des états intermédiaires, mais ils ne justifient pas la confusion des fugues et du vagabondage.

3° Le diagnostic des fugues entre elles, fugues en « état second », fugues « impulsives », délirantes, maniaques, démentielles, etc., est facile ordinairement.

4° Le diagnostic entre la fugue dite épileptique et la fugue dite hystérique ne paraît pas possible, actuellement, en se basant sur les observations publiées jusqu'à ce jour.

5° Plus difficile encore est de différencier la fugue proprement dite, des réactions voisines des états de fugue, par exemple : la fugue dite épileptique, de l'épilepsie procursive ; la fugue dite hystérique, de l'automatisme somnambulique ; la fugue alcoolique en « état second », de l'automatisme alcoolique, etc., etc. Doit-on également appeler fugue les crises réactionnelles de marche, de certains obsédés, de certains anxieux, etc.

6° Cliniquement, à la vérité, la fugue et les réactions voi-

(1) R. Benon et P. Froissart. — 1° Fugue et vagabondage. Définition et étude cliniques. Communication à la Société médico-psychologique. Séance du 27 juillet 1908. *Annales méd. psy. 1908*, II, p. 305. — 2° Vagabondage et simulation. *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég. 1909*, N° de mars. — 3° Fugues diverses chez un obsédé alcoolisé. Conditions de la fugue. — *Journal de psychol. norm. et pathol.*, 1909, N° 3, mai-juin. — 4° Les fugues en pathologie mentale. *Journal de psychol. norm. et pathol.* 1909, N° 4, juillet-août. — 5° Conditions individuelles et sociales de l'état de fugue. Communication à la Société médicale psych. Séance du 26 juillet 1909. *Ann. méd. psychol. 1909, II.*, p. 289. — 6° L'automatisme ambulatoire. *Gaz. des Hôp.*, *31 juillet 1909.*

sines des états de fugue, procèdent de processus mentaux pathologiques semblables. Ce ne sont là, en somme, que des troubles de l'activité, symptomatiques de telles ou telles psychopathies.

7° Mais il existe entre la fugue et les réactions voisines des états de fugue, des différences qui portent non plus sur les caractères cliniques, mais sur les conditions sociales de réalisation de l'acte.

a) Il n'y a fugue que si le sujet fugueur ne rentre réellement pas à son domicile, s'il a disparu, s'il est absent.

b) L'entourage du malade, incertain sur son sort, s'inquiète et le recherche.

Il n'en est pas ainsi dans les cas de simple « automatisme » ou de marches réactionnelles sans disparition, ni absence du sujet.

8° Certains milieux, et particulièrement le milieu militaire, avec son organisation, ses obligations, sa discipline, donnent plus particulièrement naissance aux fugues. L'état de disparition, d'absence, est là facilement et rapidement constitué.

Les fugues en particulier chez l'enfant, par René CRUCHET, Professeur agrégé à l'Université de Bordeaux, Médecin des hôpitaux.

Il me semble qu'on peut définir la « fugue » : *tout acte subit et irraisonnable, ou irraisonné, qui consiste à s'enfuir momentanément de l'endroit ou l'on est.*

La plupart des classifications proposées pour les fugues et plus particulièrement celle de M. Victor Parant sont d'ordre essentiellement analytique ; je me demande si on ne pourrait pas les synthétiser davantage, en prenant comme base, non point des syndromes morbides qui, essentiellement variables des uns aux autres, nous apprennent peu sur la fugue en soi, mais des éléments physiologiques simples, qui sont plus fixes et semblables à eux-mêmes.

Malgré ce qu'en ait dit Ducosté, j'estime que l'état de cons-

cience, ou non, de la fugue peut nous fournir une division commode ; les fugues seront ainsi *conscientes, subconscientes* ou *inconscientes*.

Fugues inconscientes. — Les fugues inconscientes ont des caractères sensiblement analogues chez l'enfant et chez l'adulte.

On peut les subdiviser en *bi-inconscientes* et *mono-inconscientes*, selon que la conscience disparaît à l'état de veille et à l'état de sommeil, ou seulement dans l'état de sommeil.

1° Le type des fugues bi-inconscientes est celui de la fugue *épileptique* : il est classique. Pour certains auteurs, cette fugue pourrait être parfois semi-consciente : cela se peut, mais il est vraisemblable qu'il s'agit souvent, dans ce cas, d'*aura* pré-épileptique plutôt que d'accès épileptique vrai. D'ailleurs, si le fait est réel, il est exceptionnel : et l'on n'établit pas un type clinique avec des exceptions. Cette opinion est en particulier défendue par Parant père, par Pitres et par Régis : on ne peut qu'être de leur avis.

2° Le type de la fugue mono-inconsciente est celui de la fugue *hystérique*, qu'on tend à rapprocher elle-même des fugues des *états seconds* toxiques ou infectieux, ou encore de la fugue *traumatique*. A vrai dire, ce rapprochement entre ces divers états est purement hypothétique ; il y aurait un moyen péremptoire de savoir s'il est justifié : ce serait de mettre en état d'hypnose les sujets qui viennent de faire une fugue en état second non hystérique ou une fugue traumatique, et de voir s'ils ont conscience de l'acte accompli.

Cette expérience, qui n'a pas été faite encore chez l'adulte, serait beaucoup plus difficile à réaliser chez l'enfant, au moins jusqu'à douze à quatorze ans, c'est-à-dire jusqu'au début de la puberté ; on sait, en effet, combien les faits d'hypnose provoqués sont rares et hypothétiques dans l'enfance durant la période de deux à douze ou quatorze ans. Un seul point qui s'y rattache serait cependant très intéressant à élucider : ce serait de savoir si la fugue *somnambulique* de l'enfant, cette fugue banale et fréquente qui survient durant le sommeil, n'est pas de même nature que les états seconds

précédents. Pour ma part, je n'ai pas de documents suffisamment nombreux pour établir ma conviction ; mais, d'après ce que j'ai observé, je crois que l'état de conscience particulier, constaté dans la fugue somnambulique, est le même que celui des états seconds ; et il est, de plus, exactement semblable à celui qui existe dans le sommeil normal (1).

Fugues subconscientes. — Les fugues subconscientes peuvent servir de transition entre les fugues inconscientes que nous venons de considérer et les fugues conscientes que nous allons étudier ensuite. Ces fugues subconscientes se rencontrent chez les déments, et plus particulièrement dans l'enfance, chez les idiots. Ce sont des fugues dont les sujets ont une vague conscience, qu'ils ont entreprises sans trop savoir pourquoi et qu'ils ne cherchent même pas à expliquer.

Fugues conscientes. — Pour la connaissance des fugues conscientes, je crois que l'étude de l'enfance normale — trop délaissée jusqu'ici — pourrait nous fournir, on va le voir, des indications de valeur. On peut considérer trois variétés principales dans les fugues conscientes, selon qu'elles sont *impulsives*, *idéatives* ou *abouliques* :

1° Les fugues *impulsives* sont les premières en date dans le développement de l'intelligence. Ce sont elles qui commencent à apparaître dès les premiers pas de l'enfant. Sous l'influence d'une émotion, d'une peur quelconque, d'une simple contrariété, le premier mouvement naturel de l'enfant est de fuir l'obstacle qui se dresse devant lui ; c'est une sorte de réflexe instinctif qui le fait se jeter dans les jupons de sa mère, ou bien au contraire, si c'est celle-ci qui se fâche, qui le fait se réfugier tout seul dans un coin : on peut dire que la bouderie est la première fugue du petit enfant de dix-huit ou de vingt-

(1) Ceci tiendrait à rapprocher le sommeil provoqué du sommeil normal ; j'ai l'impression que c'est la vérité. Constatons une fois de plus, à ce propos, ce manque de méthode si fréquent dans les sciences médicales ; on a écrit des volumes innombrables sur l'hypnose et le sommeil à l'état morbide, mais il en existe fort peu sur le sommeil normal ; or, il est clair que c'est par là qu'on aurait dû commencer. Et je suis intimement persuadé que beaucoup de ces phénomènes, qui nous paraissent si extraordinaires, se rapprochent encore plus de l'état normal qu'on ne l'a soupçonné jusqu'ici.

quatre mois. Ici, dans cette forme de fugue impulsive, la réflexion n'entre pour rien ; la conscience du sujet enregistre simplement le fait accompli mais n'a pas eu à le discuter : c'est un véritable réflexe, un acte subit et *irraisonné.*

2° A un stade ultérieur, la fugue impulsive est devenue une fugue *idéative,* c'est-à-dire que c'est l'idée qui conditionne la fugue. L'enfant s'en va, d'où il est, parce qu'il a vu un papillon qui vole et qu'il voudrait l'attraper dans un endroit inaccessible, parce qu'il a entendu un son lointain de cloche et qu'instinctivement il se dirige immédiatement vers lui comme s'il était seulement à quelques pas ; ou bien c'est un souvenir, un désir qui lui sont venus brusquement à l'esprit au milieu de ses jeux : l'envie de sucer un bonbon, ou de renifler une odeur agréable, ou de s'emparer d'un jouet situé à distance, lui font instantanément quitter le lieu où il est pour s'en aller sans réflexion à la poursuite — souvent irréalisable — de son idée. D'autres mobiles encore le poussent à partir : l'imitation, l'amour du changement et de l'inconnu, le besoin de se rebeller contre les conseils et les défenses d'autrui, la contrariété profonde qu'il éprouve sans cesse à être dérangé dans l'exécution d'un acte absurde ou dangereux, le chagrin qu'il ressent à ne pas obtenir sur l'heure mille choses chimériques, comme la lune qu'il vient de voir se refléter dans un seau d'eau. J'ai pris des exemples simples ; mais combien de fois les hallucinations et les illusions entrent chez lui, aussi, en jeu !

De toute façon, il résulte de ce qui précède que c'est l'idée qui préside à la fugue, et qui l'explique : ici, ce n'est plus un acte irraisonné, comme dans le cas précédent, mais un acte *irraisonnable.* Et cet acte irraisonnable a ceci de particulier qu'il n'est pas perçu comme tel par celui qui l'exécute : si bien qu'une autre remarque curieuse s'impose. Si, en effet, l'observateur qui a, devant lui, un jeune sujet de deux, trois, cinq ou six ans, veut bien, par la pensée, lui donner vingt ou trente ans de plus, ce qui n'était tout à l'heure qu'un acte ou qu'une série d'actes qu'expliquait l'inexpérience de l'enfant, lui apparaîtra comme autant d'exemples d'actes véritablement délirants. A un certain point de vue, on peut dire que ce qui

fait l'idée délirante, c'est moins l'idée elle-même que l'âge à laquelle elle est observée. Et c'est ce qui a permis de faire cette constatation fort juste qu'entre les enfants et les fous il y avait évidemment certains liens de parenté. C'est pourquoi l'enfance psychique normale devrait être connue à fond du médecin : en même temps qu'elle lui servirait de guide pour l'étude des troubles psychiques de l'adulte, elle serait encore, pour lui, un test précieux de comparaison.

3° A la fugue idéative simple, dans laquelle la volonté, non encore éduquée, ne fait pas intervenir de pouvoir inhibiteur, fait suite, dans le développement général de l'être physiologique, la fugue que nous dénommerons *aboulique*. Ici, le sujet, de par son expérience antérieure, fait très bien le départ de son désir et des inconvénients qu'il y a à l'exécuter ; il n'est pas d'enfant à qui on ait défendu tel acte déterminé, et qui ne l'exécute quand même, alors qu'il a parfaitement conscience qu'il fait mal ou qu'il va se faire mal : mais il ne peut s'en empêcher. Plus on se rapproche de la naissance, et plus la volonté est impuissante à se faire obéir ; ce n'est que par une longue éducation qu'elle arrive à brider les impulsions natives et à les diriger utilement. On perçoit donc, à l'état physiologique, chez le jeune enfant, l'obsession à l'état naissant, pour ainsi dire ; et cette lutte fruste pourra se retrouver, aussi bien dans la fugue que dans n'importe quel autre des innombrables actes de l'enfant. Cette lutte sera généralement courte, et d'autant plus courte que l'enfant sera plus jeune et sa pensée plus mobile ; elle s'accompagnera fréquemment d'angoisse, dont la durée, elle aussi, sera d'autant plus fugitive que l'âge sera moins élevé ; son intnsitée par contre, sera plus forte proportionnellement vers deux ans que vers quatre ou six ans ou au-dessus : elle diminuera, en règle générale, à mesure que la croissance psychique s'effectuera et que la raison s'affermira peu à peu, en éduquant la volonté. Ici encore, en définitive, dans la fugue considérée, il s'agira d'un acte *irraisonnable,* mais avec cette différence que le sujet, si jeune soit-il, a conscience de cette irraison, au moins dans une certaine mesure.

Voilà comment, chez l'enfant, on peut classer les fugues

conscientes, en les décomposant en leurs éléments les plus simples. Ces fugues peuvent être physiologiques : ce sont celles que nous venons d'étudier ; mais elles peuvent être également pathologiques. Entre ces deux états, physiologique et pathologique, il n'y a qu'une question de degré : malheureusement, comme personne ne nous a encore appris où finit le degré physiologique et où commence le degré pathologique, je crois qu'il est fort aventureux pour le moment, au moins jusqu'à douze ou quatorze ans, de parler de fugues pathologiques conscientes infantiles.

Au point de vue général, il n'en paraît pas moins intéressant de conclure qu'il est utile, si on veut bien étudier les fugues pathologiques conscientes de l'adulte, de connaître à fond la genèse, les formes et l'évolution des fugues physiologiques de l'enfant normal.

Les Fugues dans l'armée (désertions, absences illégales), par le Docteur Haury, médecin-major au groupe des zouaves (camp de Sathonay, près Lyon).

Les fugues sont fréquentes dans l'Armée, et la clinique militaire s'enrichit chaque jour de nouveaux exemples de fugueurs, depuis que Duponchel, en 1888, appela l'attention sur les « impulsions morbides à la déambulation chez les militaires ».

Il arrive assez souvent, en effet, à des malades de commettre les différents abandons de service, qu'ils s'appellent *l'absence illégale* ainsi qu'il est nommé quand sa durée est inférieure à 6 ou 15 jours (selon que le soldat ne se trouvait pas ou se trouvait déjà en permission ou en congé régulier) ou qu'il s'appelle la *désertion* comme il est appelé au-delà de ces limites.

Ces deux délits militaires sont très fréquents. Le premier est même banal, et il n'y a pas de régiment qui n'ait eu dans l'année un certain nombre d'hommes en état d'absence illégale. Quant aux déserteurs, leur chiffre (qui augmente d'année en année) est grand, puisque s'il était de 1973 en

1900, il était de 3429 en 1908, année qui est la dernière parue de la statistique. Or, on sait qu'un grand nombre d'états morbides peuvent entraîner avec eux l'impulsion au déplacement, à la fuite.

Parmi les délinquants militaires de ces deux espèces y a-t-il beaucoup de malades ? Il est impossible de répondre à cette question, même d'une manière tout à fait approximative. En effet, ce n'est que par hasard que ces hommes sont examinés. La première catégorie, celle de l'absence illégale, ne l'a pour ainsi dire jamais été. La seconde, celle des déserteurs, ne l'est qu'exceptionnellement. La juridiction à laquelle est soumis le coupable d'absence illégale ne dépasse pas le seuil de la caserne : l'homme est puni sans discussion. Seul, le Conseil de Guerre, qui a à juger le déserteur, ordonne quelquefois, — mais bien rarement cependant — son examen mental ; encore a-t-il fallu que quelque chose de visiblement anormal ait attiré l'attention.

Pourtant il y a des aliénés parmi eux, et l'expertise en découvre tous les jours, mais leur proportion restera longtemps inconnue, surtout si l'on tient compte de ce fait, — après tant d'autres, — qu'il y a presque deux fois plus de déserteurs en liberté que de jugés.

Cependant si les rapports de l'aliénation mentale et de la désertion se démontrent plus nombreux chaque jour, il est bon, croyons-nous, qu'on les souligne une fois de plus, pour qu'il commence bientôt à être accepté dans les milieux militaires que la désertion n'est pas toujours l'acte réfléchi de révolte contre la loi qu'on est porté à admettre *a priori* et d'une façon presque générale. Même nous avons montré ailleurs qu'on ne pouvait pas tirer de la précaution prise par ceux qui passent à l'étranger, de mettre la frontière entre la loi et eux, un argument d'une valeur suffisante pour continuer à supposer leur intégrité cérébrale.

Nous avons rapporté dans « *L'Encéphale* » (numéro d'Août 1909) des observations prises en Suisse, à l'Asile de Bel-Air, à Genève, qui nous ont prouvé que les soldats d'apparence les mieux équilibrés qui fuyaient leur régiment, pouvaient aboutir très rapidement à l'Asile, ce qui justifiait ample-

ment cette notion que la désertion est, plus souvent qu'on ne le croit, un acte morbide, même pour ceux-là qui, passant à l'Etranger, pourraient au premier abord n'apparaître que comme des coupables simplement plus avisés que les autres et plus audacieux, en préférant l'expatriement à l'assujétissement au devoir militaire.

Il y a donc un certain nombre d'aliénés parmi les déserteurs, qu'ils échappent ou non au Conseil de Guerre. Il y a de même un grand nombre d'anormaux psychiques parmi les hommes qui pratiquent au régiment la petite désertion, la désertion en miniature qu'on appelle l'absence illégale. Chez tous on retrouve en effet, à la base de la fugue (comme chez les malades des asiles), les mêmes troubles de la volonté, qu'ils soient dûs à une insuffisance congénitale ou à une déchéance acquise, depuis l'obnubilation passagère jusqu'à l'anéantissement complet. Nous trouverons, disons-nous, les mêmes malades que dans les asiles, mais avec quelque différence dans les proportions réciproques ; avec cette différence surtout que dans la première catégorie, celle des agénésiques, les idiots et les imbéciles n'existeront pas, car ils ont été éliminés presque tous à la revision ou au corps, et qu'on n'y trouvera plus que quelques rares grands débiles. Mais nous verrons de très nombreux spécimens dans les deux catégories suivantes des dégénérés (déséquilibrés, obsédés, délirants) et des déments et des confus, en adoptant la division qu'ont adopté Joffroy et Dupouy dans leur livre récent sur « les fugues et le vagabondage ».

Le milieu militaire sera même un excellent réactif pour certains qui n'auraient que bien difficilement rencontré l'occasion d'un pareil délit dans la vie civile ; je crois même qu'on doit penser que certaines fugues ne se rencontrent avec la même fréquence que dans l'armée, par exemple les fugues des déséquilibrés, qu'elles aient pour moteur principal comme l'admettent Joffroy et Dupouy, la suggestibilité, l'instabilité, l'émotivité, l'angoisse ou ce naturel paranoïaque qui fait le vagabondage par tempérament.

Dans la vie de tous les jours en effet, le goût de l'instabilité est satisfait par les changements de patron ou de place,

ou même de profession ; certaines tendances sont calmées par la vie dans un milieu où tout est connu, où l'inadaptibilité est réduite au minimum justement par l'ancienneté même des habitudes ; l'émotivité ou l'angoisse sont amoindries par l'entourage (familial ou non), mais, en tous cas, le plus souvent assez attentionné et sympathique au malade pour qu'il en tire un bénéfice de tous les moments. Tandis que dans l'armée « *où la soumission est de tous les instants* » les qualités d'application, de bonne volonté, de courage et de soumission, sont exigées avec une constance qui ne laisse place à aucun écart, à aucune irrégularité, d'où le conflit bientôt inévitable entre la loi permanente, inflexible, et la volonté morbide, défaillante et inégale du malade.

Le mot de M. le Professeur Régis « en criminalité militaire tout aboutit à la fugue » est surtout exact pour cette catégorie de soldats.

Il est juste de souligner en outre combien le plus grand nombre des délinquants militaires de cet ordre ressemble peu, à cause de ce que nous venons de rappeler, aux malades habituels des Asiles. Nos jeunes fugueurs étant des « petits malades », se rapprocheraient en effet au contraire davantage des malades de clientèle, ainsi que M. le Professeur Simonin, du Val-de-Grâce, l'a fait avec raison observer. Si cette ressemblance n'est pas pour rendre généralement leur expertise plus aisée (bien au contraire) elle est bien faite pour accentuer par contre fortement le caractère clinique particulier de ces malades militaires, ce qui n'est pas sans intérêt.

Nous avons pu recueillir les observations toutes inédites d'une cinquantaine de fugueurs. Ces observations ont été prises en grande partie par nous-même, soit directement dans les régiments, soit à l'hôpital militaire Desgenettes, et en partie relevées dans les rapports médico-légaux si complets de nos camarades et anciens dont quelques-uns, comme Chavigny, ont donné des preuves multiples de leur compétence. (A cet hôpital aboutissent tous les malades mis en observation pour maladies mentales et provenant du XIVe Corps d'Armée et du Gouvernement et de la Prison militaires

de Lyon). Nous avons ensuite retrouvé ces malades ou poursuivi leur histoire à l'Asile départemental de Bron, qui les reçoit quand l'internement est décidé.

Nous nous excusons de ne pas nous arrêter en chemin pour discuter l'analyse psychologique de quelques-uns de nos malades qui pourraient le comporter. Nous voulons simplement faire une revue purement séméiologique des fugueurs militaires pour en établir tout à la fois l'existence, la fréquence et la variété.

C'est pour cela que nous ne donnerons qu'un mot en passant de la plupart de leurs observations. Nous n'exposerons un peu plus longuement que l'histoire de ceux d'entre eux qui auraient pu apparaître plus comme des indisciplinés que comme des malades.

Parmi eux, 28 étaient des déserteurs, à savoir : 21 ayant fait une seule désertion, 4 en ayant fait deux, 2 en ayant fait trois, et un en ayant fait quatre.

Pour la facilité d'exposition de leur histoire, on peut les diviser en :

I. — **Débiles.**
II. — **Déséquilibrés** : 1° Déséquilibrés simples ;
2° Déséquilibrés, alcoolisés et alcooliques ;
3° Déprimés, psychasthéniques.
III. — **Excités.**
IV. — **Dromomaniaques.**
V. — **Automatisme ambulatoire.**
VI. — **Vagabonds.**
VII. — **Délirants.**
VIII — **Confus.**
IX. — **Déments.**

I. — **Débiles.** — Les débiles simples commettent rarement des fugues vraies, dit-on. (C'est surtout exact parce qu'on ne les examine pas à ce moment-là le plus souvent.) Mais presque toujours en effet les débiles qui ont déserté ont fait connaissance avec l'Expert à l'occasion seulement d'une psychose aiguë survenue postérieurement, tel qu'un accès d'excitation maniaque, une bouffée délirante plus ou moins durable, ou un accès de confusion mentale. C'est l'alcoolisme qui en est habituellement la cause. Et c'est le cas classique du débile qui fugue après une intoxication éthylique passagère ou non. Ils rentrent alors dans les autres catégories.

II. — **Les déséquilibrés**. — La catégorie suivante des déséquilibrés est la plus compacte.

S'il est impossible de prétendre classer systématiquement les fugues des déséquilibrés, car, le plus souvent, comme on le sait, les mobiles les plus divers dictent leurs impulsions, quelques-uns cependant reviennent plus fréquemment que d'autres. L'instabilité étant la modalité fondamentale de leur psychisme est évidemment la première à envisager. Mais le déséquilibré, captivable et suggestionnable par tempérament, sait en outre très mal résister aux incitations, aux tentations de tout genre qui peuvent se présenter à lui, depuis l'attrait passionnel jusqu'à l'attirance des pays nouveaux.

1° Déséquilibrés simples. — La catégorie des déséquilibrés comprend d'abord des *déséquilibrés simples*, qui ont la *fugue d'instabilité* comme caractéristique.

Exemple ce A... qui, 2 ans après avoir fait un an de service sans encombre (avec seulement des punitions de salle de police), se tire un coup de revolver dans la tempe droite, obéissant à un chagrin subit d'amour, mais surtout à l'impulsion de l'ivresse.

Deux ans après, au moment d'être appelé pour faire une période de réserviste, il s'engage pour 5 ans dans l'Infanterie de marine, après avoir essayé de travailler dans diverses mines. Un mois après son arrivée il déserte ; il traverse Italie, Suisse, Allemagne et se fait arrêter en France un an après. Condamné, puis amnistié, il est réintégré à son Corps ; cinq jours après il déserte une deuxième fois, traverse toute l'Europe, se faisant rapatrier aux frais de toutes les nations qu'il parcourt. Arrêté de nouveau, incarcéré il s'évade. Arrêté, condamné, emprisonné, il est enfin hospitalisé et réformé.

Dans le cas suivant, il s'agit d'une *vraie fugue passionnelle par attirance sexuelle*. C'est le cas de ce zouave qui a déserté pour suivre une femme.

Héréditaire, sans métier, il a cherché à s'engager deux fois. A l'appel de sa classe il fait 18 mois de service au ...ᵉ d'Infanterie, mais « ça n'allait pas ». Il accuse son capitaine de l'avoir

empêché d'être caporal. Aussi il rengage pour un an afin de venir aux Zouaves. « Ça n'alla pas mieux » à son nouveau corps, « un caporal s'était acharné après lui », dit-il.

Il fait alors la connaissance d'une femme pour laquelle il commence une série de punitions pour avoir découché. Elle le décide à fuir. Ils vont en Suisse où ils restent un an, lui travaillant de différents côtés ; enfin il abandonne la femme, puis se rend lui-même, n'ayant plus de travail et étant las d'elle.

Parfois le déséquilibre mental de l'homme s'allie avec assez de puissance d'arrêt et assez de jugement pour lui faire éviter de transformer une faute légère en une grave, et il sait, ou bien il peut, s'arrêter au seuil même de la désertion, ne commettant alors que des *absences illegales* plus ou moins répétées,

Il en est ainsi dans l'exemple suivant :

X..., enfant naturel, a été élevé à l'Etranger par sa mère avec de grandes difficultés. En effet, d'abord d'esprit ouvert dans les premières années de sa vie, la débilité de sa mémoire et de ses capacités intellectuelles apparut vite en même temps que les troubles de son caractère, lesquels firent échouer tous les moyens d'éducation. Enfin il s'engage.

Vite désenchanté, soldat médiocre, qui ne croyait trouver que des satisfactions de vanité dans la vie élégante du cavalier, il fait successivement *six absences illégales*, sans jamais dépasser le délai régulier, toutes fugues ayant *l'attirance sexuelle* pour seule raison : Il allait à Paris retrouver une femme.

2° DÉSÉQUILIBRÉS ALCOOLISÉS ET ALCOOLIQUES. — La faiblesse de volonté du déséquilibré est en effet accrue par son alcoolisation si facile et à laquelle il est si sensible. Si elle est légère, l'intoxication ne trouble que par accident et passagèrement sa volonté, si elle est forte elle le fait d'une façon plus marquée et plus durable tout à la fois.

a) **Déséquilibrés alcoolisés.**

L... était un cuirassier engagé volontaire, de 19 ans, qui a fait une récidive d'absence illégale.

Une quinzaine de jours après son arrivée au régiment, un soir, après quelques verres pris seul d'un côté et d'autre, il traine le reste de la nuit et rentre à 5 heures du matin seulement

pour l'appel. Un autre dimanche soir, il boit encore quelques verres de vin, seul, sans dîner, puis de l'absinthe, toujours seul, et de là prend le train pour chez lui où il arrive dans la nuit. Son père le ramène le lendemain.

Héréditaire, avec une propension à la boisson pour laquelle il a peu de résistance naturelle, ce dégénéré avec son penchant au mensonge, perd facilement dans l'intoxication alcoolique, même légère, le peu de volonté qu'il possède. Ses absences illégales sont des petites fugues de déséquilibré troublé par l'alcool et dont l'impulsivité naturelle et native est exagérée par l'appoint passager (ou non encore habituel) de son action excitante.

Il représente un cas assez banal des absences illégales au régiment.

b) **Déséquilibrés alcooliques.**

Quand l'intoxication alcoolique est plus prononcée, la défaillance de la volonté est persistante et le sentiment du devoir alors plus obscurci. Il est inutile d'en donner des exemples, ils sont trop connus.

Mais, plus l'homme est âgé, plus l'intoxication alcoolique a des chances d'être marquée, c'est ce qui se voit chez les réservistes ; les tendances à l'impulsivité, à la violence, sont alors au maximum, ainsi que dans le cas suivant :

S..., d'une hérédité extrêmement chargée, fils d'alcoolique et neveu d'aliéné, alcoolique lui-même, ses punitions pour ivresse et insubordination sont nombreuses.

Il répondait insolemment à tout bout de champ. Il a fait plusieurs absences illégales et une désertion ; le tout résultant de sa tendance impulsive qui est l'analogue chez les héréditaires comme lui, à la tendance convulsive des épileptiques ou de leurs descendants.

3° Déséquilibrés déprimés, psychasthéniques. — Les fugues précédemment exposées des déséquilibrés avaient pour raison à la fois l'instabilité du caractère et la faiblesse volitionnelle. Dans celles que nous allons envisager maintenant il y a plus qu'un état originel morbide, il y a apparition d'un trouble subit dans le fonctionnement cérébral ; elles ont moins pour raison en effet la faiblesse naturelle

de la volonté que l'altération pathologique aiguë de son pouvoir.

La fugue n'était jusqu'ici que la manifestation un peu plus marquée d'une disposition naturelle : ici commence pour ainsi dire la première apparition d'une maladie.

Les fugues sont ici le résultat d'un état d'acuité de la maladie de la volonté qui sommeillait. Une note psychique nouvelle va apparaître en effet bientôt : l'altération durable de la conscience avec tous ses degrés.

Commençons par les dégénérés abouliques, neurasthéniques, psychasthéniques.

Ils sont assez nombreux au régiment. Psychopathes, congénitaux comme les autres, mais non reconnus pour tels le plus souvent, hommes dont la conduite militaire avait paru jusque-là irréprochable contrairement à celle des autres, ils font une fugue inattendue, que leurs antécédents régimentaires ne semblaient faire prévoir en aucune façon. A l'inverse des précédents — déséquilibrés actifs pourrait-on dire, dont les réactions positives étaient de tous les instants — ceux-ci pourraient être dites déséquilibrés passifs puisque, déprimés légers, leur activité générale légèrement réduite les fait, au contraire, passer inaperçus dans le rang jusqu'au jour où survient le déplacement impulsif qui attire l'attention sur eux.

Il est probable qu'une étude approfondie montrerait que cette classe de malades est plus nombreuse qu'elle ne le paraît.

Le cas suivant en est un très bel exemple :

Cuirassier à Lyon, B... est un grand naïf qui s'est engagé pour devenir gendarme, parce que ses parents ne voulaient pas lui laisser épouser de suite la jeune fille qu'il aimait. Peu lettré et peu dégourdi, son désarroi commença de suite, malgré la bienveillance qu'on lui prodigua. Il se sentait abandonné de sa famille. Bientôt ses nuits se peuplèrent de rêves : il eut des rêves parlés, puis agis ; tous faits qui le préoccupaient beaucoup. Ses chefs lui demandaient s'il n'était pas malade, car il devenait triste. Un dimanche, plus tourmenté que d'habitude, il va voir une sœur qu'il a à Vaise, mange chez elle, puis récon-

forté, se met en route pour le quartier ; mais, subitement, il obéit à l'idée de partir qui le prend en chemin. Il va chez lui par le train, il y arrive de nuit ; les parents de sa fiancée étaient couchés, il ne s'arrête pas chez eux et par peur des gendarmes, erre de côté et d'autre, sans le sou, pendant 14 jours, mangeant et couchant comme il peut. Enfin il vient pour la première fois dans son village et se laisse remettre à la Gendarmerie, n'ayant vu dans sa fugue ni sa fiancée qu'il aime beaucoup, ni ses parents.

Il avait du reste fugué précédemment, il n'avait plus retrouvé la volonté de rentrer au jour de l'An, à l'expiration d'une permission de 48 heures, qu'il prolongea de 4 jours.

III. — **Fugues d'excités.** — On rencontre parfois, mais plus rarement, semble-t-il, des fugues, des déplacements impulsifs, qui sont dûs à l'agitation maniaque.

Tel ce jeune soldat qui le quatrième jour de son arrivée commence à tenir des propos déraisonnables ; un soir, une heure après s'être couché, il se met subitement à divaguer, un instant après il se lève, saute par dessus le mur de la caserne et s'enfuit en ville.

Son excitation continue à l'hôpital d'abord, puis à l'asile où il reste 6 mois. En réalité c'est un débile qui a fait un accès maniaque avec fugue, à l'occasion de son changement de milieu, et sans doute aussi des petits accès alcooliques ou autres, fréquents chez les troupiers à l'arrivée de la classe. Son avenir mental est évidemment très suspect.

IV. — **Fugues dromomaniaques.** — La fugue dromomaniaque, c'est la fugue obsédante et c'est une variété d'obsession impulsive, disent Joffroy et Dupouy. En voici un exemple, celui d'un homme de mon régiment qui a esquissé une fugue de très courte durée, intéressante parce que les phases en ont été bien marquées.

C'est un zouave, engagé de 3 ans « sans savoir pourquoi ». Mauvais écolier, mauvais ouvrier, malgré ses essais répétés de métiers, pas trop bon soldat, car il a quelques punitions pour ivresse. Au début de cette année il est puni de prison pour une absence illégale, étant parti le samedi soir, sans permission, et rentré le dimanche à midi.

Il était revenu depuis peu d'une permission du Jour de l'An, quand « l'ennui de chez lui le prend » peu à peu, l'obsession de sa famille augmente « le cafard l'avait pris toute la semaine »... Le jeudi il avait presque envie de demander une permission, mais il avait espéré « que ça se passerait... » et il ne le fait pas. Enfin, le samedi soir, devant la liberté si proche du lendemain, il n'y tient plus et part après la soupe pour chez lui. Dans le train il était d'abord content de s'en aller, mais, à partir de Bourg, l'idée de la faute se présente à lui de plus en plus fortement. Il arrive à Besançon à 1 heure du matin, n'aborda même pas chez lui et reprit le premier train qui était six heures plus tard. — Dans cette fugue on retrouve nettement la préparation par l'idée obsédante, la lutte qui fait l'angoisse, la défaite avec le soulagement immédiat, et enfin la victoire tardive de la conscience avec l'idée de la faute commise et le repentir. Cette miniature de fugue impulsive psychique, dont la réalisation n'a durée que quelques heures, est un curieux exemple de fugue obsédante chez un déséquilibré, instable, émotif et déprimé. Elle représente, je crois, un des types les plus fréquents de l'absence illégale.

Un exemple de fugue d'angoisse, est celui de ce sergent :

Ancien engagé volontaire qui avait fait une carrière tranquille, quand, étant en garnison dans les Alpes, il reste soudain veuf avec deux enfants. Deux à trois mois après la mort de sa femme, il fait une première absence illégale de 5 jours, puis une seconde de 10 jours, venu à Lyon chaque fois, et cela uniquement pour fuir la ville où était enterrée sa femme, d'où le chassait une « obsession irrésistible ». Les fugues étaient en effet inconscientes (il mena à Lyon une existence de vagabond, errant en tenue) automatiques et amnésiques. Il ne présentait aucun symptôme d'hystérie et n'était pas épileptique.

Chez lui l'angoisse était violente parce que, ainsi que le disent Pitres et Régis, la résistance opposée à l'entraînement émotionnel était très forte, chez ce sergent intelligent, fugueur dont l'impulsion était purement psychique.

V. — **Automatisme ambulatoire**. — L'automatisme ambulatoire, c'est la fugue hystérique pour Joffroy et Dupouy. Nous en donnerons le court exemple suivant :

Il s'agit d'un soldat qui avait des stigmates hystériques et qui avait fait des fugues en état second, c'est-à-dire en état de somnambulisme et de vigilambulisme, nombreuses (nocturnes d'abord, pendant lesquelles il exécutait son travail habituel, lavait son linge, et les autres diurnes, pendant lesquelles il réalisait sa préoccupation obsédante de tous les jours, à savoir l'idée de retourner à l'endroit où il avait tué un ouvrier dans une rixe. Ce n'était donc pas autre chose qu'un délire en action). Elles étaient inconscientes et amnésiques, mais avaient un prodrome de céphalée, à noter qu'il était alcoolique et fils d'un épileptique.

b) Mais il y a aussi *un automatisme ambulatoire épileptique* qui a généralement un caractère de brutalité toute spéciale. Il semble en cause dans le cas suivant :

N... avait été vu sur la porte d'une maison de Lyon, son pantalon déboutonné et agitant sa verge d'une main, la face tournée vers le mur. Cet acte d'exhibitionnisme inattendu le fait arrêter. Il déclare ne rien se rappeler. Sujet depuis longtemps à des « absences », il a déjà fait une fugue à l'âge de 12 ans. Au régiment, il venait de faire peu auparavant une absence illégale de quelques heures, s'étant sauvé dans la campagne sans motif et n'ayant gardé aucun souvenir de son acte.

VI. — **Vagabondage.** — L'Armée a aussi ses vagabonds, ses paranoniaques ambulatoires, comme disent Joffroy et Dupouy. Il serait trop long de rapporter nos trois belles observations, mais ils ne sont pas rares et nous en avons encore observé un tout dernièrement.

VII. — **Fugues délirantes.** — Ce sont les idées délirantes qui, par excellence, donnent naissance aux fugues et au vagabondage. Les deux premiers malades étaient des paranoïaques hallucinés :

1° Paranoïaques délirants.

Tel D...., cet ouvrier armurier qui subitement partit un soir pour aller à la Salette dans l'intention de trouver sa vocation, et qui, en route, descend de wagon et continue à travers bois et champs, au hasard ; trois jours après, les gendarmes le trouvent

dans une église. A l'hôpital, puis à l'asile, son accès mystique dura quelque temps. Il a fait une fugue logique, assez bien coordonnée, qui a eu presque toute l'apparence d'un acte décidé délibérément.

Tel aussi B..., fils d'alcoolique mort aliéné, qui délirait depuis plusieurs années. Il a obéi en désertant, à l'âme de son père qui lui apparaissait et dont il recevait des ordres impératifs. Sa fugue est un acte d'obéissance, un vagabondage délirant qui lui a été conseillé par son père.

2° Hallucinés persécutés. — Quelques-uns sont des hallucinés persécutés comme :

M..., fils et neveu d'aliénés, frère d'un idiot, ayant eu chez lui plusieurs accès de mélancolie entrecoupés de manie aiguë. Il devient triste au régiment, est envoyé en permission pour sa « Nostalgie », il en profite pour déserter et passe en Italie. Il croyait en effet qu'on voulait le tuer en France. Il resta 9 mois à Bron avant d'être transféré dans son département. La fugue de ce circulaire est un acte de défense de persécuté terrorisé.

D. Le B... était un réserviste qui s'est évadé de sa caserne pour errer dans la campagne et la ville. Irrascible et sournois depuis quelque temps, il quittait son travail à la moindre contrariété. C'est un persécuté qui fugue. On voulait le tuer... Il a fui également de la salle des malades pour aller se cacher dans une autre (évasion à l'intérieur de Collet).

3° Fugues mélancoliques. — D'autres font des fugues mélancoliques, vrai raptus mélancolique pour certains :

Comme chez cet artilleur qui sortait de prison et cherchant à fuir du fort de la Vitriolerie, sauta dans le fossé profond de 7 à 8 mètres, se faisant diverses petites fractures. Il avait déjà fait de nombreuses absences illégales ; héréditaire, fils de tuberculeux, petit-fils et neveu d'aliénés ; à l'asile, son délire mélancolique et ses hallucinations persistent, ainsi que ses idées de suicide toute l'année, mais l'incohérence commence bientôt et la démence précoce se confirmera sans doute vite.

D'autres fugues sont plus curieuses :

V... était le mauvais soldat le plus accompli. Il a toutes

les punitions, pour malpropreté, négligence, actes d'indicipline, réponses grossières. Il a deux petites absences illégales, mais aussi deux grandes désertions, toutes les quatre fugues semblables en tous points : Il part sans motif plausible. La dernière fois par exemple, il n'avait plus que quelques mois à faire quand il est parti devant la menace d'une punition légère !

Taciturne et sombre, très émotif, il a même des idées mélancoliques et de suicide, il dort mal. Ce n'est pas un héréditaire, mais c'est un cicatriciel certain, à la façon que l'enseigne M. le Professeur Pierret, car il a subi vers l'âge de 6 ans un traumatisme crânien sérieux qui lui laissa de la céphalée, mais pas de symptômes ni d'équivalents épileptiques (il a fui déjà de chez son père pendant 8 jours sans raison, étant jeune). Et bien plus, c'est surtout un infecté, car il a de la sinusite frontale. Son état mental devait inévitablement se ressentir de sa lésion de cicatrice, irritée qu'elle était constamment par les toxines venues d'un foyer chronique. Cet indiscipliné était donc un cicatriciel doublé d'un infecté. Ses fugues étaient dues à son irritabilité morbide de mélancolique quasi-délirant.

4° Fugues oniriques. — Les fugues oniriques ont aussi des exemples au régiment. Nous en avons noté quelques cas, nous ne les rapporterons pas ici, leur type clinique est trop connu.

VIII. — **Fugues confusionnelles.** — Les fugues confusionnelles, elles, sont plus fréquentes, étant donné surtout les degrés si nombreux que peut présenter la confusion mentale, depuis le plus simple obscurcissement de la conscience, jusqu'à l'automatisme cérébral, inconscient et amnésique. Ses causes en sont très variables (choc émotionnel, surmenage, intoxications) et son origine connue quand elle est alcoolique, mais le plus souvent bien incertaine. Le terrain débile les appelle de lui-même. La signification de cette confusion est, à son tour, bien différente selon qu'elle exprime une altération toxique passagère du cerveau, ou qu'elle prélude à une perturbation définitive de son fonctionnement, comme dans la démence précoce, ainsi qu'on est en droit de le soupçonner chez quelques malades. Ne pouvant rapporter toutes nos observations, nous rapporterons les plus typiques. La

première est celle d'un zouave qui en est l'exemple le plus convaincant de ce que peut l'alcoolisme chez un débile. Il a fugué à la fin d'une ivresse qui, au lieu d'être expansive comme celle de l'individu normal, ou d'avoir été délirante comme celle du déséquilibré, a été surtout confusionnelle.

1° C'était un grand garçon du service auxiliaire. Illettré, il était incapable d'être utilisé autrement que comme planton au champ de tir, il faisait quelques corvées et portait la soupe aux hommes qui y travaillaient. Cette pseudo-occupation lui valait une semi-liberté qui lui permit de s'alcooliser de divers côtés. Un dimanche soir, lui qui ne sortait jamais du camp, rencontra sur la route des ouvriers qu'il ne connaît pas ; il va boire avec eux au village voisin de Fontaine-sur-Saône. Il boit toute la soirée, bien que n'ayant pas de permission, et il est laissé par eux en pleine nuit sur la route du Camp. Il n'y rentre que le mercredi matin, exténué, sale, déchiré. Il avait erré et couché pendant tout cet intervalle dans les bois d'alentour, ne s'étant pas éloigné du camp de plus de deux kilomètres, mais n'ayant pas repris conscience plus tôt.

Après examen mental, il n'est puni que d'une façon insignifiante. Mais son avenir intellectuel paraissait plus compromis que jamais, car son intoxication alcoolique augmenta pendant que le champ de sa conscience diminuait. Il devint rapidement inutilisable avec tous les défauts au maximum du débile et de l'alcoolique. Sale, négligent, abandonnant son travail pour flâner, incapable de fixer son attention et devenant inconscient des fautes qu'il commettait à tout instant. Il fut réformé bientôt pour débilité mentale.

2° B... est un homme qui a fait successivement deux fugues confusionnelles qui n'ont été chez lui que de simples bouffées délirantes chez un débile.

Fils d'un père buveur, petit-fils d'un grand-père interné, il n'a pas de métier positif. Insoumis parce qu'il était en Suisse, il n'est venu que 2 ans plus tard au régiment. Là il avait fait 20 mois tranquillement, sans punitions, quand il dût faire 22 jours de cellule, ayant été mis en prévention de Conseil de Guerre parce qu'il était accusé d'avoir aidé à la désertion d'un jeune soldat. Il est reconnu non coupable, il sort de prison. Le lendemain il fait une marche-manœuvre fatigante, encore tout troublé de son aventure ; le soir son caporal, par méchanceté, lui fait

croire qu'il va quand même avoir 60 jours de prison. Il se couche très sombre. Puis il se retrouve chez lui le lendemain ; il était parti incomplètement habillé et sans qu'il sache comment ; arrivé chez sa femme, il divague. Les voisins le couchent.

De constitution médiocre, avec son asymétrie hémilatérale totale, illettré, pisseur au lit assez tardivement, c'est un débile mental. Au reste cette bouffée délirante se renouvela dès sa sortie de l'hôpital. On eut tort de le remettre à la même Compagnie ; il y trouva le même milieu de défiance. Les permissions qu'il demande lui étant refusées sans raison (à noter qu'il est marié et qu'il a un enfant), il fait successivement deux absences illégales ; on le punit. Puis il fait soudain une seconde fugue confusionnelle, en tout semblable à la première, dont il n'a pas non plus le moindre souvenir et qui l'amène cette fois aussi à l'hôpital.

IX. — **Fugues de la démence précoce**. — Une dernière catégorie de fugues est enfin celle de la démence précoce. (car parmi les démences c'est la seule qu'on rencontre parmi les soldats évidemment). Deny et Roy ont signalé leur fréquence chez les soldats, nous en rapporterons quelques observations avec cette remarque que plusieurs de celles que nous avons précédemment exposées ne sont pas autre chose certainement que des observations de démence précoce au début ; le contrôle du temps leur manque seulement pour que ce diagnostic puisse être assuré.

B... avait déjà eu, disait son frère, de l'incohérence des idées et des actes avant d'être soldat. *Pris bon absent*, il fait au régiment « de la neurasthénie et de la nostalgie », est envoyé en permission à Lyon, puis entre à l'hôpital pour les mêmes raisons. Il sort par guérison (?) mais au lieu de rejoindre son Corps, déserte, c'est-à-dire *reste indéfiniment chez lui où la Gendarmerie le trouve tranquillement*. — C'est un grand garçon microcéphale, peu intelligent, sans instruction, en perpétuel mouvement, et dont l'attention est très difficile à capter. Il fait souvent aux questions des réponses à côté, et les coupe de grands éclats de rire stéréoptypés, hors de propos. Il est de bonne humeur, mais indifférent à tout. Il se masturbe constamment. — Il avait fait en somme une fugue purement démentielle. A l'Asile de Bron, où il est toujours depuis 9 ans, les 3 premières années

il présenta de temps en temps des accès maniaques de courte durée, dans l'intervalle desquels il travaillait au jardin assez régulièrement. En 1904 il eut l'air de s'améliorer ; mais, l'année suivante, il reste presque tout le temps excité ; et, depuis 1906, il a des hallucinations de l'ouïe, d'abord vagues, mais de plus en plus manifestes ; sa mémoire s'affaiblit ; il est désorienté complètement, et, en 1908, la démence se certifie incurable.

L... est un dragon de 22 ans 1/2, qui avait eu l'année précédant son incorporation, une fièvre typhoïde grave, laquelle avait produit chez lui des modifications du caractère. Deux ou trois jours après son arrivée au régiment il fit une fugue, s'échappa on ne sait comment de la caserne et fut aperçu gesticulant sur le toit d'une maison voisine. Il commit ensuite des excentricités, puis eut un accès d'excitation, sans raison, pendant lequel il menaçait de son sabre ses camarades de chambrée. Mis à l'Asile, quelques mois après les signes démentiels allèrent vite en s'accentuant.

Sa fugue avait été une *fugue d'impulsion,* épisode très court d'excitation violente et désordonnée (Ducosté).

D'autres fois les fugues ont un caractère démentiel qui n'échappe à personne, tel :

B..., ce soldat qui avait commis des escapades dont le caractère d'incohérence avait été reconnu par tous au régiment. Il escaladait par exemple les murs du quartier en plein jour, il manquait aux appels sans aucune raison, il s'était enfui plusieurs fois à travers champs pendant le service en campagne...

Parfois encore les fugues sont des fugues de déficit intellectuel, comme les appelle Ducosté, c'est-à-dire sont plus ou moins bien motivées, relativement bien conduites, conscientes et mnésiques, ce qui rend troublante l'expertise mentale, c'est le cas chez cet homme :

B.... qui était à la prison de Lyon depuis une vingtaine de jours, condamné à 6 mois de prison pour désertion, quand il fut envoyé à l'hôpital parce qu'il se livrait à toutes sortes d'excentricités.

Il se piquait la gorge avec une aiguille, avalait du verre, buvait de l'encre, poussait des cris bizarres, toujours les mêmes, de

temps à autre, et ne répondait aux questions que par « malalou... ! malalou... ! » Une fois laissé à lui-même il se précipitait sous son lit.

A l'Asile, il présente des signes démentiels évidents.

Il ressort donc de ce long exposé que la fugue est fréquente dans le milieu militaire et que ses aspects sont variables autant que ses causes. Et nous ne pouvons que répéter ces mots du rapport du Docteur Rayneau « qu'il ne faut point se hâter pour livrer aux rigueurs des règlements militaires tous les hommes qui s'enfuient », qu'ils commettent le grand abandon du service qui s'appelle la désertion ou qu'ils aient commis tout simplement la petite désertion qu'on appelle l'absence illégale.

Et nous ajouterons que les causes, les caractères, les circonstances de leurs escapades doivent être examinés avec soin par un expert qui, seul, a la compétence pour déterminer la part de la maladie dans leur délit militaire.

Des fugues chez les mélancoliques et les persécutés mélancoliques, par le Dr G. Lalanne, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Castel d'Andor, Docteur ès-sciences

I

La fugue est fréquente chez les aliénés et tout à fait caractéristique dans certains états mentaux.

Dans une première catégorie de cas, la fugue est synonyme *d'automatisme ambulatoire*, et peut être définie avec le professeur Raymond : *un acte impulsif, compliqué et bien coordonné, suivi d'amnésie* (1). Le type de cet automatisme ambulatoire nous est fourni par la fugue épileptique, si bien décrite par Legrand du Saulle et Charcot, et par la fugue hystérique (Tissié, Charcot, J. Voisin, Pitres, Régis, et plus récemment étudiée par le prof. Raymond, dans ses cliniques de la

(1) Prof. Raymond, Clinique des maladies du système nerveux, Hospice de la Salpêtrière, 1re série, p. 599.)

Salpêtrière). Disons pour en finir avec ce premier groupe de malades, que ces poussées d'automatisme n'ont d'autre valeur que d'être les équivalents d'accès convulsifs, et ne sont en quelque sorte que des manifestations de l'automatisme habituel aux malades porteurs de l'une ou de l'autre des deux grandes névroses.

Mais il est un autre groupe de malades qui ont une tendance à fuir leur domicile, accomplissant ainsi une véritable *fugue pathologique.* On peut dire de ceux-ci qu'ils obéissent à une *nécessité irrésistible,* puisée dans leur délire, qui les pousse à accomplir des *actes raisonnés, compliqués et bien coordonnés, mais non suivis d'amnésie.* Ce sont ces fugues qu'on rencontre par exemple, chez les paralytiques généraux au début, chez les enfants dégénérés, chez les persécutés migrateurs, et particulièrement chez les mélancoliques.

Les paralytiques généraux pourraient, à la rigueur, être exclus de ce dernier groupe de fugitifs, car s'ils partent parfois avec l'intention d'atteindre un but bien défini, ils ne s'en souviennent bientôt plus (ambulomanie, Régis).

Le persécuté migrateur espère se dérober à ses ennemis en changeant fréquemment de retraite.

Le groupe le plus intéressant est celui qui nous est fourni par les mélancoliques, parce que c'est celui qui a été le moins étudié.

Cependant, dans un mémoire lu à la Société Médico-Psychologique dans la séance du 26 avril 1875, Foville présentait une étude clinique sur les aliénés voyageurs ou migrateurs, et il rapportait l'observation de 14 malades qui, sous la poussée de leur délire, avaient abandonné leur domicile. Foville concluait « que rien ne serait moins justifié que de considérer ces aliénés comme atteints d'une forme spéciale de folie, la monomanie des voyages. Leur délire ne porte pas sur un point unique, il est toujours plus ou moins compliqué et rentre à tous égards dans le cadre de la lypémanie. »

Foville avait, en effet, remarqué que les « périgrinations de ces aliénés voyageurs ou migrateurs sont des actes volontaires, réfléchis, conséquence raisonnée d'un délire systématique. » Quand on lit attentivement les observations rapportées par

Foville, on voit que tous ces cas rentraient en effet dans la lypémanie d'Esquirol, dont le cadre était extrêmement étendu.

Dans les observations qui vont suivre, nous rapporterons seulement les cas de fugues de mélancoliques, laissant ainsi de côté les impulsions insconcientes des déments, des épileptiques, des instinctifs, des imbéciles.

Les mobiles qui déterminent les mélancoliques à fuir leur domicile, sont toujours puisés dans leur délire, et lorsque l'idée de fuite a germé dans le cerveau du malade, celui-ci n'y résiste pas, pas plus qu'un aliéné ne résiste à ses hallucinations. « Les mélancoliques, dit Régis (*Précis de Psychiatrie*, 3e édit., p. 146) cherchent, par un sentiment d'humilité ou d'indignité, à se soustraire à la lumière du ciel et à la vue des hommes. C'est pour parvenir à ce résultat qu'ils sont capables de mettre en marche les moyens les plus ingénieux, parfois longuement prémédités, et qu'ils savent dépister les recherches les plus habiles.

Les observations qui suivent pourront le démontrer.

II

Observation 1. — B.., Victor-Joseph, propriétaire, âgé de 42 ans. Entré dans la maison de Santé le 29 avril 1908. Ses antécédents héréditaires ne nous révèlent rien de particulier. Son père, décédé à 76 ans, souffrait parfois de la tête ; sa mère, encore vivante, est migraineuse.

Au dire de sa famille, il a toujours joui d'une bonne santé, il était intelligent, travailleur, mais très impressionnable. Il y a quelques années, au moment où il dut faire ses 13 jours, il présenta des troubles mentaux qui rappelaient, quoique atténuée, la symptomatologie actuelle. C'était un état d'indécision, d'in quiétude vague. A la suite d'un reproche qui lui avait été adressé par ses chefs à l'occasion d'une faute de service, il resta trois jours dans l'inconscience. Tous ces phénomènes disparaissent et le malade présente une bonne santé morale jusqu'à ces derniers temps. Au mois de janvier de cette année, il perdit un de ses frères et fut très affecté par cette mort. Mais c'est seulement dans les premiers jours du mois d'avril que sa famille s'aperçut d'un changement d'humeur. Il devint tout-à-coup concentré sur lui-même, parlant peu, et, depuis trois jours seulement, il va sans cesse répé-

tant « qu'il est un criminel, que les gendarmes vont venir l'arrêter. »

Voici maintenant l'histoire de ce malade et l'évolution de son délire :

Quelque temps avant d'être conduit à la maison de santé, il remarquait qu'on s'occupait beaucoup de lui ; lorsqu'il passait dans les rues, les gens le dévisageaient en faisant sur son compte des réflexions désobligeantes : on lui lançait des « gasconnades ». Il s'arrêtait pour interpeller les passants, leur demandant pourquoi ils s'occupaient de lui, mais ceux-ci lui répondaient invariablement : « mais non, on ne dit rien de vous, nous causons naturellement, nous n'avons rien contre vous. » Il continuait son chemin, à moitié convaincu, tourmenté par tout ce qu'on avait dit. Il constate à ce moment un nouveau trouble de sa conscience, il s'attribue tout le mal qu'on dit des autres. Un individu qu'il connaissait, un voisin du nom de B., lui dit un jour : « Où est le feu? Tu vas au feu? » Il entend ce bout de conversation entre deux personnes causant ensemble sur le chemin : « Oh ! c'est un malin ». Il est convaincu qu'on parle de lui ; plus loin, il entend également une personne disant à une autre : « A côté de la pâtissière ». Un peu plus tard, un homme passant dans une voiture dit à un autre : « C'est aujourd'hui qu'on va arrêter Branchery. » (Branchery est l'auteur du crime de Langon.)

Tout cela le préoccupait fortement, il songeait sans cesse à tous ces brins de conversation entendus sur son chemin, et dont il faisait un bloc accusateur. Les nuits devenaient mauvaises, il dormait mal ou pas du tout, réveillé par des cauchemars dès qu'il perdait connaissance.

Peu à peu, son délire se systématisait, et il est curieux de suivre l'évolution de son idée de culpabilité et de son délire de persécution.

Entendant sans cesse répéter : Où est l'incendie? vas-tu au feu? on va l'arrêter, et qu'il ne voyait aucun incendie, il en conclut que quelqu'un avait intérêt à se débarrasser de lui et qui excitait les gens contre lui. Cette conviction qu'on lui en voulait à lui ou à sa famille devint si intense et amena une douleur morale si vive, qu'il s'arrêta à cette solution : on m'accuse de quelque méfait, on me reproche d'avoir commis quelque crime, eh bien, soit, qu'on m'arrête, qu'on me punisse, qu'on me tue si on veut, ce sera fini. Et ainsi prend corps cette idée de châtiment. Mais, ajoute-t-il, puisqu'on parle de feu, d'incendie, quel incendie ai-je pu commettre? pour que tout le monde s'occupe de moi, il faut que ce soit un incendie considérable. Et cherchant bien dans ses souvenirs, il

voit l'incendie de l'usine des tramways qui a eu lieu quelques années auparavant ; et de là à s'accuser de l'avoir allumé, il n'y a qu'un pas, il est vite franchi.

On voit nettement chez ce malade l'existence ou mieux la coexistence de deux idées délirantes, une idée d'auto-accusation et une idée de persécution. C'est, à n'en pas douter, un persécuté mélancolique avec prédominance d'idées mélancoliques, ainsi qu'il ressort de son observation, de la prédominance des idées de châtiment, de ses efforts pour justifier les accusations dont il est l'objet, du trouble de sa conscience, des idées de suicide, car une nuit, il s'est donné un coup de canif sur la poitrine, avec l'idée de se détruire.

Telle est, en peu de mots, l'observation abrégée de ce malade, destinée surtout à établir le diagnostic de délire mixte de persécution et de mélancolie.

D'ailleurs, peu à peu, le délire s'atténua. Le malade douta d'abord de la réalité de ses idées d'auto-accusation et enfin abandonna son délire.

La famille vint le voir à différentes reprises. Deux fois il eut l'idée de fuir, mais seulement après la visite de ses parents. J'insiste tout particulièrement sur ce point.

Enfin, le malade quitta la maison dans l'après-midi du .... accompagné de sa mère, de son frère et de sa sœur, et rentra dans sa famille, à B..., où il fut bien reçu.

Quelques jours après, un de ses neveux fait sa première communion et il prend part à la fête. Mais le lendemain, il disparaît en laissant la lettre suivante : « mes chers parents, ne me cherchez pas, je quitte la maison momentanément pour cause d'une maladie occasionnée par certaines paroles lancées contre moi et que j'ai voulu, dans un moment d'égarement, qu'elles soient réelles. Et maintenant, il me faut un peu de changement pour dissiper cet état de choses. Je préfère vous quitter ainsi, parce que je sais que vous vous opposeriez à ce que je parte.

« Il est inutile que vous me fassiez chercher. Pardonnez-moi.

Voici ce qui s'était passé, ainsi que me l'a dépeint le malade dans une visite qu'il me fit ultérieurement. Pendant la nuit qui avait suivi le jour de la première communion de son neveu, M. B... fit ses préparatifs de départ. Il fut pris du désir de fugue, mais ce désir resta sans exécution pendant un ou deux jours. Il est parti le matin de bonne heure, marchant du côté de la Brède. Il avait le besoin anxieux de fuir, et au fur et à mesure qu'il

s'éloignait de chez lui, il se sentait de plus en plus à l'aise. Il demanda du travail en différents endroits, mais sans succès ; on prétextait que le temps était mauvais et qu'on ne voulait pas embaucher d'ouvriers. Il marcha jusqu'à La Brède, où il avait des connaissances chez qui il se rendit. Là, on lui conseilla de revenir chez lui, ce qu'il fit.

Retenons ce fait seulement que jamais M. B... n'avait eu l'idée de se sauver de la maison de santé, mais que cependant cette idée lui était venue deux fois, après des visites de sa famille.

Observation 2. — T..., 36 ans, propriétaire cultivateur, marié. Idées mélancoliques et de persécution. Tentative de suicide. Sitiophobie. Fugue. Guérison.

T... est un homme de 36 ans, propriétaire cultivateur.

Ses antécédents héréditaires ne nous apprennent rien de particulier. Son père est mort alors qu'il n'avait que neuf ans. Il était d'un caractère violent et passait pour original. Sa mère vit encore et jouit d'une bonne santé.

Le malade présente quelques stigmates physiques de dégénérescence. La tête est irrégulière, elle présente une dolichocéphalie prononcée et des dépressions temporales profondes. La voûte palatine est fortement ogivale. Il existe aussi des malformations du côté du pavillon de l'oreille.

La maladie a débuté après les vendanges de l'année 1892. A ce moment là, T... souffre fréquemment de l'estomac avec sensations de contraction au creux épigastrique et ces troubles gastro-intestinaux s'accompagnent d'insomnie. Il devient sombre et se préoccupe de son état de santé.

Le 24 novembre, un jeune homme de sa commune succombe à une affection pulmonaire. Aussitôt T... se croit envahi par le même mal et en conçoit de violentes inquiétudes. Quelques jours après le malade accuse le monde de le regarder avec méfiance « C'est Ravachol dit-on ». *On* l'accuse de fabriquer de la dynamite, de préméditer des crimes, etc... Personne ne lui parle, on le fuit, on lui cache tout, etc... Désespéré de se voir l'objet du mépris public, T... se décide à en finir avec la vie. Il se jette à la rivière, mais il n'a pas la force d'aller jusqu'au bout, il se ravise et il sort seul de l'eau se disant : « Je ne suis pas coupable, ça ira comme ça pourra ».

C'est alors que sa famille se rappelant son attitude étrange de ces derniers temps, le croit malade et appelle un médecin qui conseille son internement.

T... a des préoccupations relatives à sa santé, et il a en même de l'hypocondrie morale. Il s'inquiète de sa conduite passée. Avant de quitter sa commune il s'est confessé et s'est accusé d'avoir manqué à ses devoirs de chrétien, d'avoir blasphémé, d'avoir manqué la messe, d'avoir manqué à la charité. Il croit qu'on va le crucifier parce qu'il a mal parlé de la religion et de ses prêtres. En repassant son existence antérieure, il trouve des faits insignifiants dont il grossit outre mesure la portée. Il accuse en même temps sa femme d'aller répéter aux voisins ce qui se dit dans la maison, de ne pas l'aimer, de le tromper avec des voisins. Il n'en a pas la preuve, c'est son idée qui le lui dit.

En résumé, T... est un prédisposé qui a d'abord des idées hypocondriaques, puis un délire mélancolique, puis bientôt apparaissent des idées de persécution, d'abord vagues : « On lui en veut ». Les hallucinations lui donnent l'explication : « C'est Ravachol ». Pour se soustraire à ces accusations qui l'affligent douloureusement, le suicide s'offre à son esprit et le malade fait une tentative. Bientôt les idées de persécution se systématisent, et le malade désigne son persécuteur, c'est sa femme qui le trompe et chuchote avec ses voisins.

Cependant, il y a une prédominance d'état mélancolique. Il a des terreurs et un véritable délire panophobique. Il reste à l'écart, épiant d'un œil inquiet les allants et venants. L'idée de culpabilité à forme religieuse domine souvent dans son délire. Il revient souvent sur cette histoire que tout récemment, un prédicateur est venu prêcher une mission dans sa paroisse. Il s'est tenu à l'écart des exercices pieux et n'a point communié « Dieu doit se venger ». Il est souvent frappé de cette parole qu'il a entendue de la bouche du prédicateur : « Il y a des hommes qui n'ont pas fait leur devoir, bientôt l'échafaud se dressera poureux ».

Après un traitement de quelques mois, les idées mélancoliques disparaissent et les idées de persécution s'atténuent. Je laisse le malade librement circuler et il s'intéresse aux travaux de jardinage. Toutefois je ne juge pas prudent de le laisser voir par sa femme contre laquelle il porte toujours quelques accusations Je veux seulement le laisser apercevoir, mais par suite d'une fausse manœuvre, T... comprend qu'on le regarde et dès lors je suis forcé d'accorder la visite à laquelle je m'étais opposé tout d'abord.

T... à qui, comme je l'ai dit, on accordait la plus grande liberté, trompe notre vigilence et s'enfuit de la maison de santé.

Des recherches commencées aussitôt restent infructueuses. Des jours et des mois se passent sans qu'on ait des nouvelles de T... Enfin, le 3 décembre, c'est-à-dire 5 mois après son départ le malade est retrouvé dans les circonstantes suivantes. La mère de T... possède au milieu des champs et à une certaine distance de sa résidence habituelle, une petite maisonnette inhabitée, convertie en chai et surmontée d'un grenier. Comme la récolte de l'année a été abondante, on a été forcé d'utiliser ce chai, et chaque dimanche le beau-père de T... vient donner à son vin les soins habituels. Depuis déjà quelque temps chaque dimanche il croyait entendre des cris plaintifs sortir de ce chai ; il avait même vérifié dernièrement si aucun animal n'avait élu domicile sous ses barriques. Mais n'ayant rien vu et croyant avoir fait erreur, il n'avait pas poussé plus loin ses investigations.

Le hasard a voulu qu'un jour la mère et la femme de T... se donnent rendez-vous à ce chai, le beau-père devant s'y rendre également pour procéder à l'ouillage de son vin.

L'opération est terminée lorsqu'un gémissement se fait entendre et attire l'attention de toute la famille ; on écoute attentivement : il n'y a plus de doute, ce sont bien des cris plaintifs qui émanent d'une poitrine humaine. La mère demande s'il y a des revenants dans la maison. Pas de réponse. Qui est là? répète la mère ? Une voix presque éteinte répond : « C'est ton fils » ; on monte au grenier d'où semblait partir la voix et on ne trouve personne. On cherche partout. Enfin, dans un coin occupé par un tas de bois et de planches, on trouve T... à peu près mourant de faim. Le malade était dans un étáit de consomption indescriptible, vêtu de haillons sordides, n'ayant plus visage humain. Depuis trois jours entiers il n'avait rien mangé et était résolu, a-t-il dit, à se laisser mourir de faim.

Depuis son évasion, T... s'était retiré dans cette vieille masure abandonnée, d'où il ne sortait que la nuit pour aller dans les champs voisins manger des racines, des carottes, des navets, des noisettes dont il a constamment vécu. Une seule fois, dit-il, sa mère étant venue travailler dans la propriété avait abandonné son panier de provisions à sa portée. Il a quitté son grenier à ce moment-là pour prendre un morceau de pain ; c'est le seul qu'il est mangé depuis sa fugue. Jamais il n'a quitté son réduit pendant le jour. T... ne voulut pas revenir avec sa femme et fut soigné chez un de ses beaux-frères. Mais peu de temps après il se rétablit et se décida à reprendre la vie en commun avec sa femme.

Observation 3. — M. E..., 28 ans, prêtre. — Délire hypocondriaque et de persécution. — Fugues fréquentes. — Etat mélancolique combiné à des idées hypocondriaques. — Suicide.

Au moment où j'ai publié l'observation de ce malade, je n'avais pu le suivre que pendant peu de temps. Aujourd'hui, je vais tâcher de compléter son observation après l'avoir suivi pendant plusieurs années.

E..., 28 ans, prêtre. Son père et sa mère vivent encore et ne présentent rien de particulier au point de vue mental. Doué d'une bonne intelligence, E... a eu des succès dans ses études. Ordonné prêtre de bonne heure, il ne tarda pas dès les débuts de son sacerdoce à donner des signes de dérangement mental et il passe dans son entourage pour un original. Tout d'abord il est constamment plongé dans une inquiétude vraiment pathologique au sujet de tout ce qui touche à sa santé et de véritables préoccupations hypocondriaques se manifestent. Vicaire dans une petite paroisse du département, il refuse de visiter les malades par crainte de contracter leur maladie. Ayant un jour à faire l'enterrement d'un enfant, il se soustrait à cette obligation en désertant furtivement la commune, sans prévenir son curé ni la famille et les amis réunis pour la funèbre cérémonie. C'est sa première fugue. Il erre ainsi pendant trois jours. Obligé de quitter le ministère, il rentre dans sa famille pour se reposer. Mais bientôt il a des craintes d'empoisonnement et refuse les aliments qu'on lui présente. Une nuit, il se lève et quitte la maison paternelle, sans prévenir personne restant plusieurs jours absents. Lorsqu'on lui demande le motif de ces fugues, il donne comme prétexte qu'il est constipé et que le mouvement lui est ordonné pour se procurer des selles.

C'est à ce moment que le malade est conduit à la maison de santé. En plus des idées hypocondriaques, il a aussi des idées de persécution. Il se dit poursuivi par les francs-maçons qui communiquent avec lui au moyen d'appareils électriques. Il a des hallucinations de l'ouïe et des hallucinations psycho-motrices. Cet état dure un peu plus de 7 mois avec quelques paroxysmes. Mais tout à coup, le malade devient sombre, préoccupé, prend une attitude déprimée et présente toutes les réactions du mélancolique. Il a de la lenteur dans les conceptions, un véritable arrêt psychique, avec idées d'indignité et d'auto-accusation. Il s'accuse de fautes imaginaires, croit m'avoir révélé dans ses écrits des

choses monstrueuses, m'en demande pardon. Les idées de persécution du début paraissent avoir disparues.

En même temps que les idées d'auto-accusation, les idées hypocondriaques du début persistent. Le malade marche comme un automate, s'attendant à chaque instant à voir ses vaisseaux se rompre. Enfin, les facultés semblent s'affaiblir et la démence semble inconsciente, lorsqu'un jour le malade se suicide.

Observation 4. — M. C..., commis-négociant, 30 ans, célibataire. — Délire de persécution et ultérieurement délire de persécution et de mélancolie combinés. — Fugues. — Suicide.

Le malade se conduit d'abord comme un persécuté pur, mais plus tard l'affection suit une marche anormale ; le délire de persécution, avec son cortège habituel d'hallucinations, d'écho de la pensée, et d'interprétations délirantes est le substratum sur lequel vont se développer les idées d'indignité suggérées par les hallucinations. Le délire rayonne surtout sur la famille et de grands malheurs la menacent d'où, idées de crainte pour l'avenir. Nous trouvons donc à la fois chez le malade, un délire rétrospectif et un délire d'attente.

Très tourmenté par l'idée qu'il a porté le déshonneur dans sa famille, le malade fuit. Il a parcouru soixante dix kilomètres d'une seule traite lorsqu'il est retrouvé et reconduit. Il a fait une véritable fugue mélancolique, pour se soustraire à la honte d'avoir jeté le déshonneur dans sa famille. Le malade finit plus tard par le suicide.

Observation 5. — M. J. Louis, employé de commerce, 26 ans. célibataire. — Délire mixte de persécution et de mélancolie. — Fugues. — Suicide.

Déjà très jeune, ce malade a eu des préoccupations relatives à sa santé.

Actuellement, il présente un délire mixte de persécution et de mélancolie. Il se croit en butte aux persécutions d'une femme qui agirait sur lui par l'hypnotisme et le pousserait à commettre des meurtres. Il a des craintes d'empoisonnement et des idées de suicide. Il est allé au commissariat de police pour se constituer prisonnier, s'accusant d'avoir commis plusieurs assassinats.

Visité par un parent, et se promenant avec lui, il se jette sur ce dernier, le renverse et s'enfuit, ne pouvant supporter la

vue des siens pour lesquels il croit être un objet de répulsion après les crimes dont il se dit coupable.

Il erre pendant huit jours à travers les Landes, vivant misérablement, et rentre dans sa famille, où il se suicide, huit jours plus tard, d'un coup de révolver.

Observation 6. — M. D..., né en 1853, comptable. — Mélancolie anxieuse chronique. — Délire de possession démoniaque. — Fugues.

Parents morts tuberculeux. Pas d'antécédents personnels.

Durant son enfance, D. reçut une éducation religieuse, et le curé de sa paroisse pensait en faire un prêtre. Devenu plus tard comptable dans une maison de commerce, il fut toujours considéré comme un employé modèle et même scrupuleux. Il vit au milieu de prêtres, de missionnaires, de religieux de tous ordres, de dames pieuses. Il pratique la religion dans tous ses préceptes, se confesse et communie fréquemment ; il est chaste et demeure vierge jusqu'à son mariage ; il avait à ce moment-là trente-deux ans. Ceci se passait en 1884.

En 1896, M. D... devient méfiant et soupçonneux. Il prétend que tout le monde lui en veut, on chuchote sur son passage, on répand de l'encre sur ses livres de compte pour le faire blâmer, il s'imagine qu'on le vole, il devient anxieux.

Bientôt, il fait partager ses craintes à sa femme, et tous deux passent des nuits sans sommeil, dans l'attente d'une arrestation imminente.

Sa femme fait une tentative de suicide et se tue. M. D... lui-même fait de son côté des tentatives de suicide. Il essaye de se noyer, on le sauve ; le lendemain, il essaie de s'ouvrir le côté gauche avec un couteau de cuisine. C'est à ce moment que le malade nous est conduit.

M. D... est un homme petit, maigre, à l'attitude déprimée. Il gémit constamment et donne les signes de la plus grande anxiété. Il a des idées de culpabilité. Il est un criminel, il a causé le déshonneur de sa famille, de ses amis, de tous ceux qui avaient mis leur confiance en lui. L'argent qu'il a économisé, il l'a volé. D'ailleurs, la police est en mouvement et on va venir l'arrêter, le jeter en prison, lui faire expier ses forfaits par les pires supplices.

Quelques mois après apparaissent des idées hypocondriaques de négation.

M. D... s'étonne que tout le monde ne s'aperçoive pas qu'il n'a

plus d'organes, que ses veines sont vides ; il n'a plus de pouls, de cœur, plus d'entrailles, plus de cervelle. Sa peau n'est qu'une sorte de parchemin dur, résistant, insensible. Il se compare à un scaphandrier, le scaphandre représentant l'enveloppe corporelle et l'homme l'esprit malin.

Il est inutile qu'il essaye de se tuer, il ne le pourra pas, il est immortel.

Sa constitution n'a rien d'humain, et alors que peut-il être, sinon un diable, un homme diable. Il est donc diable, à n'en pas douter, et il s'étonne que l'homme aveugle ne reconnaisse pas en lui son ennemi.

Il se traite de vieille « loque », de vieux hibou, de charogne, le mot « charogne » n'est même pas suffisant, dit-il, « la carcasse cachant Satan et ses cornes est plus sale ».

Il demande constamment à être détruit, à être brûlé, à être livré à l'équarrisseur, à être enterré vivant. Il creuse lui-même une fosse et s'y couche au fond, suppliant qu'on le recouvre de terre.

Ne pouvant parvenir à se détruire, l'idée lui vient de s'évader, et il y réussit, en effet, le 22 janvier.

Voici le récit que nous fait le malade de son odyssée :

« J'avais depuis quelque temps l'idée de m'en aller pour sortir cette saleté (cette saleté, c'est lui). J'ai hésité deux ou trois fois, puis un soir je me suis dit : c'est le moment. A présent il n'y a plus de souffle, plus de souffrance, plus rien. Le vendredi, vers 8 heures du soir, j'ai ouvert la porte avec un petit crochet que j'avais fabriqué depuis quelque temps. Après avoir franchi la porte, j'ai marché machinalement dans le parc, puis je me suis caché dans une touffe d'arbustes, puis lorsque onze heures sont arrivées je me suis enfui vers la route du Médoc. J'ai suivi les boulevards, j'ai suivi la route de Toulouse, et à la pointe du jour, je me trouvais à la Chapelle-du-Béquet. J'ai suivi la grande route et j'ai pris des chemins de traverse. Je me dirigeais du côté des Pyrénées pour trouver de l'eau. »

Pendant la nuit, il s'asseyait au bord des chemins, grelottant de froid, mais ne bougeant pas. A plusieurs reprises, on lui a donné un morceau de pain.

Il a bien rencontré des ruisseaux, mais n'a pas pu se jeter dedans, parce qu'ils étaient gelés.

Il marcha ainsi jusqu'à Roquefort (Landes), à petits pas, car il était exténué, et il se jeta dans un ruisseau pour en finir. Son

intention était d'entrer dans le ruisseau pour s'y désaltérer, mais aussi d'y rester si la glace se brisait. Des muletiers étant venus à passer sur la route voisine, lui déclarèrent qu'ils ne voulaient pas qu'il se noie.

Le maire de la commune le recueillit, puis le fit conduire à l'hôpital de Mont-de-Marsan, d'où il a pu être ramené à la maison de santé.

Ces événements se passaient pendant les journées les plus froides de notre hiver, qui fut très rigoureux, et le malheureux supporta pendant les nuits des températures de 6 et 8° au-dessous de zéro.

Comme nous demandons à M. D... pourquoi, puisqu'il voulait se noyer, il n'a pas choisi la Garonne, qu'il connaissait bien et qui était à proximité. Il nous répond que c'est pour ne pas souiller la ville de Bordeaux, ce que n'aurait pas manqué de faire une charogne aussi infecte que lui.

III

Je remercie M. Parant d'avoir bien voulu, dans son très intéressant rapport, faire une part si large à mes modestes observations. Comme le rapporteur, je crois que la fugue mélancolique naît souvent d'un accès d'angoisse et devient alors un véritable raptus mélancolique, une sorte d'impulsion irraisonnée. Même dans les fugues dans lesquelles la conscience semble intervenir, lorsqu'il y a un long calcul et une longue préméditation par exemple, on rencontre toujours de l'anxiété à la base.

Comme le dit fort bien M. Parant, les cas dont l'analyse est la plus intéressante sont ceux des persécutés mélancoliques, où la fugue peut naître avec les caractères de l'angoisse du mélancolique et de la délibération du systématisé.

Ce sont les cas que j'ai le plus souvent rencontrés, et les observations que j'ai rapporté ci-dessus, sont à ce point de vue, tout à fait caractéristiques.

Il est incontestable que les persécutés mélancoliques ont une double raison de fuir, d'abord pour se soustraire aux accusations dont ils sont l'objet, ensuite parce qu'ils cherchent comme le dit M. Régis, à se soustraire à la lumière du ciel et à

la vue des hommes par un sentiment d'humilité et d'indignité. D'où le rôle que jouent les sentiments affectifs dans le déterminisme de la fugue. Cette considération a une très grande importance pratique, comme nous allons le voir. A la vue de qui le mélancolique doit-il se soustraire? A la vue de sa famille, évidemment, devant laquelle ses idées délirantes ne font que s'exaspérer. Et, en effet, j'ai toujours observé que les fugues de mes mélancoliques étaient déterminées par la vue de la famille.

Dans ce cas si intéressant qui fait l'objet de mon observation II, et que M. Parant a cité à la page 10 de son rapport, cas dans lequel mon malade fit une fugue de 5 mois 1/2, mon sujet s'était si bien amélioré que depuis longtemps il était libre et travaillait avec mes jardiniers. Mais un jour, sa femme vint à la maison. Nous avions gardé le malade à l'intérieur, ne voulant pas encore autoriser une visite, parce que les sentiments affectifs ne nous paraissaient pas absolument normaux. Le hasard voulut qu'au moment où sa femme passait, mon malade mit l'œil à la serrure et l'aperçut. Nous ne pumes, dès lors, qu'autoriser la visite, et c'est dans la soirée que mon malade s'enfuit.

Un autre de mes malades est visité par un de ses parents. Au premier moment, démonstrations de tendresse, puis explosions d'idées délirantes mélancoliques avec angoisse. Tout à coup, et comme sous l'empire d'une impulsion, mon malade donne une forte poussée à son parent, qu'il renverse, et s'enfuit à travers champ. On le rattrappe, mais à partir de ce moment-là, il ne cherche qu'à s'enfuir. Il reste blotti des journées entières sous un bouquet d'arbres près duquel se trouve une porte qui s'ouvre quelquefois, comme il l'a remarqué, et il profite de la première occasion qui s'offre pour s'enfuir. Il marche pendant huit jours et revient chez lui. Après quelques jours, ce malade quitte de nouveau son domicile et se suicide d'un coup de révolver.

Je pourrais multiplier les citations, et il suffira de se reporter à mes observations pour rencontrer à chaque cas des faits analogues. D'ailleurs, l'état des sentiments affectifs des mélancoliques est extrêmement curieux et intéressant à étudier, et on

rencontre des exagérations de toute nature liées à l'anxiété du sujet.

Un de mes malades, qui fit de fréquentes fugues, faisait des tentatives à chaque visite de son frère, et ses fugues étaient déterminées par une véritable phobie familiale. J'insiste sur ce mot de phobie, essayant de faire comprendre par là qu'il s'agissait d'un phénomène pathologique d'origine anxieuse et non d'une perversion des sentiments affectifs. J'ai pu étudier longuement ce malade, qui est aujourd'hui dans la démence, mais que j'ai connu avec l'intégrité de ses facultés. Déjà, vers l'âge de 12, 13, et 14 ans alors qu'il était au lycée, toute démarche le jetait dans l'angoisse, mais son angoisse redoublait lorsqu'il allait se trouver en présence de son père. Il éprouvait ce sentiment particulier, et qui avait déjà frappé sa jeune imagination, particulièrement au moment des vacances, lorsqu'il allait revoir sa famille, et après toute séparation. C'est évidemment un cas anormal, mais il nous permet de suivre l'évolution de cette phobie anxieuse qui plus tard amènera des fugues.

M. Parant (de Toulouse). — Le rapporteur explique qu'il n'a pas entendu nier la part importante qui revient au délire dans les fugues mélancoliques. Mais le délire qui prépare la fugue, qui l'explique et la justifie après exécution, ne suffit pas. L'élément déterminant est l'élément qu'on retrouve à la base de la pathogénie de la fugue.

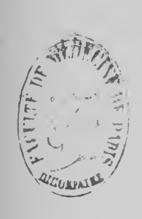
La définition ne mérite pas le reproche que lui adresse M. Dupouy. Le persécuté qui va résider en un lieu étranger, le mélancolique qui se terre dans une « évasion à l'intérieur » font une fugue ; l'acte initial a bien ce caractère et la transformation ultérieure de l'état moteur ne la supprime pas.

Aucune considération extérieure au malade ne peut entrer en ligne de compte pour une bonne définition clinique de la fugue : la disparition ? mais le fait que le malade est suivi ou connu ne modifie pas son état mental. L'abandon du domicile ? mais les auteurs sont obligés d'étendre la définition du domicile au point de l'attribuer à un lieu quelconque. Il y a d'ailleurs des malades qui fuient pour retourner chez eux.

C'est à une définition qui se suffise à elle-même et dont tous

les termes soient pris dans l'état du malade qu'on doit donc s'arrêter ; d'où la convenance de la définition : la fugue est tout acte de marche ou de voyage accompli par accès sous l'influence d'un trouble mental.

Il n'est pas nécessaire, d'ailleurs, qu'un acte matériel tel qu'un long voyage soit accompli. MM. Pitres et Régis l'ont montré, la tendance à l'acte suffit à caractériser l'impulsion, le kleptomane est impulsif avant son vol, le fugueur est en fugue dès que le trouble mental l'a poussé en avant, qu'il ait trouvé la porte ouverte ou que les murs l'aient retenu prisonnier.



SÉANCE DU MARDI 3 AOUT

Présidence de M. le Dr Vallon

La séance, ouverte à 8 h. 1/2, la parole est donnée à MM. les Drs Rayneau et Granjux, pour l'exposé de leurs rapports.

DEUXIÈME RAPPORT

L'Aliénation mentale dans l'armée au point de vue clinique et médico-légal.

M. le Dr Granjux (Paris), *rapporteur*

I. — Nombre et répartition des Aliénés dans l'Armée

Malgré les preuves relatives à la présence des aliénés dans l'armée apportées par les médecins militaires et les aliénistes, malgré les déclarations répétées du Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, malgré les données de la statistique médicale de l'armée, l'opinion d'après laquelle le Conseil de revision arrête les aliénés au passage est si fortement enracinée dans l'esprit public, que le 11 juin 1909, dans la discussion de la loi relative aux conseils de guerre, un député, M. Cachet, parlant des prévenus militaires, s'est écrié : « s'ils étaient fous, ils ne seraient pas soldats. » Cette conviction, basée sur une fausse conception de l'aliénation mentale, et sur une confiance injustifiée dans les rouages administratifs, a pour résultat de maintenir dans l'armée des aliénés qui y sont un élément de désordre, et d'envoyer dans les établissements pénitentiaires des malades dont la place est à l'hôpital. La question de l'aliénation mentale dans l'armée se présente donc comme un double problème : militaire et social.

La statistique médicale de l'armée — faite dans de réelles conditions d'impartialité et dont la sincérité s'impose —

apprend que l'on réforme annuellement 0,6 $^{o}/_{oo}$ de l'effectif pour « aliénation mentale, idiotie, paralysie générale ». Dans ce chiffre ne sont pas comprises les réformes pour hystérie (210), épilepsie (418), neurasthénie (86), alcoolisme (23). Si nous ajoutions ce deuxième lot de réformes au premier comme il conviendrait de le faire, pour calculer exactement les déchets d'ordre psychiatrique — ce n'est plus 0 6 $^{o}/_{oo}$ que nous trouverions, mais 1,8 $^{o}/_{oo}$. Et encore nous n'aurions ainsi que la proportion des *reconnus*, qui est fatalement inférieure à celle des *existants* !

Il ne faudrait pas déduire de ces données que l'armée française se trouve dans des conditions particulièrement mauvaises. C'est le contraire qui a lieu, ainsi que Stier l'a établi en comparant notre chiffre d'aliénés à celui constaté dans les autres armées.

« Proportionnellement, dit-il, ce nombre est un peu moindre dans l'armée allemande, un peu plus élevé dans les autres armées ayant le service militaire général, et notablement plus considérable dans les pays où le service militaire n'est pas général, comme l'Angleterre, la Belgique, etc. »

L'aliénation mentale ne se montre pas dans les mêmes proportions dans les troupes de France et dans celles d'Algérie. Sa fréquence n'est que de 0,42 $^{o}/_{oo}$ dans la métropole, tandis qu'elle atteint 0,91 dans notre grande colonie, en oscillant de 0,2 à 2,8 suivant les corps examinés. Et ce n'est pas là un fait exceptionnel ; il en est de même dans tous les pays entre les troupes coloniales et les métropolitaines.

Pour ce qui est des corps d'Algérie, on constate, chaque année, la prédominance de l'aliénation mentale dans les corps d'épreuve et établissements pénitentiaires. Elle est plus fréquente aux « Joyeux », trois fois plus commune dans les établissements pénitentiaires, cinq fois plus fréquente à la Légion et cinq à six fois plus commune à Biribi.

II. — Comment les Aliénés entrent dans l'Armée

a) *Appelés.* — Le Conseil de revision n'est pas un filtre capable d'arrêter au passage toutes les non-valeurs ; ce n'est

qu'un dégrossisseur. S'il élimine la plupart des tares physiques, il laisse passer à peu près toutes les affections psychiques qui ne lui sont pas signalées ; de telle sorte que chaque classe apporte fatalement avec elle son contingent d'aliénés.

b) *Engagés.* — La plupart des engagés ne s'engagent pas : on les engage. Ils cèdent à la pression exercée par leur famille qui veut se débarrasser d'eux, soit à cause des fautes qu'ils ont commises, soit à cause des troubles cérébraux qu'ils présentent. Comme conséquence, les engagés volontaires constituent le foud des compagnies de discipline, la majorité des déserteurs. Leur apport en aliénés est tel, qu'il entraîne la plus grande fréquence de l'aliénation mentale dans les armées où le service militaire n'est pas général, et sa prédominance dans nos troupes coloniales, où elle est trois à quatre fois plus forte que dans l'armée de terre et dans la flotte.

En somme, du fait des engagements, l'armée devient le refuge des individus dont elle aurait le plus à se garer : les tarés mentaux et les névrosés à manifestations psychiques morbides.

III. — Raisons de la prédominance de l'Aliénation mentale dans certains corps

Ce que nous venons de dire des engagés explique la grande proportion d'aliénés a la *Légion*, qui ne se recrute que par voie d'engagement. Il faut ajouter : la difficulté de l'examen psychiatrique d'individus ne parlant pas le français ; le maintien au corps, dans une section spéciale, des légionnaires condamnés par le Conseil de discipline ; les substitutions de personnes lors des engagements ; enfin — et la chose n'est pas pour plaire aux détracteurs de nos régiments étrangers — l'engagement sous un nouveau nom d'anciens légionnaires réformés pour troubles psychiques.

Les « joyeux » ayant tous passé devant les tribunaux avant leur affectation aux « Bat d'Af », on peut supposer que leur responsabilité — au moins celle des plus troublants — a été examinée. On conçoit ainsi que les aliénés confirmés

n'y soient pas très nombreux. En revanche, les anormaux psychiques en constituent la masse (Jude, Rebierre).

Dans les compagnies de discipline, que ce soit en France (Boigey), ou en Hollande (Casparie), il y a nombre d'individus à responsabilité atténuée, de dégénérés avec anomalies psychiques. Cette grande proportion tient à ce que les candidats au Conseil de discipline ne seront pas soumis à un examen médical avant d'être déférés à ce tribunal.

La quantité relativement considérable des aliénés dans les établissements pénitentiaires tient à ce que, pour l'absence illégale, les injures, le refus d'obéissance, la rébellion, les voies de fait, etc., le commandement trouve dans l'indiscipline une cause si naturelle et expliquant si bien tous les événements, qu'il ne peut se demander s'il y a autre chose, d'autant que la nature de cet autre chose lui est étrangère. Ces hommes ne sont donc pas l'objet d'un examen psychiatrique.

IV. — Prophylaxie de l'Aliénation mentale dans l'Armée

Elle doit se proposer : 1° l'arrêt des aliénés avant leur entrée dans l'armée ; 2° le dépistage de ceux dont les psychoses ont été méconnues ou se sont développées depuis l'incorporation.

1° Arrêt des Aliénés avant leur entrée dans l'Armée. — a) *Au Conseil de revision.* Il ne pourra se faire qu'autant que l'autorité administrative sera tenue de fournir au Conseil de revision les renseignements relatifs aux conscrits ayant été internés. De même, il serait indispensable que les maires, au lieu de s'efforcer de se débarrasser des jeunes gens notoirement déséquilibrés en les faisant prendre pour le service, signalassent leur état. En Allemagne, les directeurs d'établissement de cures dépendant de l'Etat ou soumis à sa surveillance, ont l'obligation de s'assurer de la situation militaire des hommes de vingt à quarante-cinq ans placés dans leur établissement, et de signaler au recrutement tous les malades soumis au service militaire. En Suisse, la « Commission de visite sanitaire », qui remplace notre Conseil de revision,

doit se prononcer sur l'aptitude intellectuelle des recrues et, pour cela, s'aider de notes pédagogiques.

b) *Engagement volontaire.* — Après ce que nous savons de la mentalité de la majorité des engagés volontaires, il est évident que le candidat à l'engagement volontaire devrait fournir une pièce médicale attestant que rien, dans ses antécédents personnels, n'indique de troubles mentaux.

En Angleterre, tout engagé est tenu de produire un certificat de moralité de son dernier patron ou de toute personne le connaissant et constatant qu'il est responsable.

En Belgique, les *volontaires* doivent être porteurs d'une déclaration de leur père (ou tuteur), attestant que le sujet n'a jamais présenté de symptômes d'aliénation mentale, de faiblesse d'intelligence, d'hallucinations, d'épilepsie, ou d'incontinence d'urine. Cette attestation doit être confirmée par le médecin de la famille (Maistriau).

2° Dépistage des Aliénés. — a) *A l'incorporation.* — Les « bons absents », les porteurs de stigmates physiques de dégénérescence, les tatoués, les illettrés, c'est-à-dire tous les individus suspects de déséquilibre mental, devraient être l'objet d'un examen psychiatrique très complet, lors de la visite d'incorporation.

b) *Après l'incorporation.* — La difficulté de ce dépistage ne gît pas dans les cas qui apparaissent après les maladies ou les accidents, c'est-à-dire quand le patient est soumis à l'observation des médecins. Elle est toute entière dans l'appréciation des actes des « dégénérés psychique » et dans les cas de « démence précoce ».

C'est qu'en effet, rien ne signale, de prime abord, le futur dément précoce ; et souvent c'est au moment où ces individus arrivent à la vie militaire que débute le processus morbide, qui les mènera progressivement à la chronicité. De plus, les premières manifestations présentées par les déments précoces ne sont pas vues par le médecin, mais par leurs chefs militaires qui les interprètent non comme des troubles pathologiques, mais comme des actes d'indiscipline. Il en est de même des anormaux. Et il en sera ainsi jusqu'au jour où l'officier saura que sous ces apparences d'indiscipline,

peut se cacher un début d'aliénation mentale et où il demandera au médecin de se prononcer sur ce point. Il y a donc nécessité pour l'officier de posséder quelques notions de psychiatrie courante (Régis, Jude).

Reconnaître dans ces cas d'« indiscipline » les responsables et les irresponsables, ceux qui doivent supporter les conséquences des actes qu'ils ont commis et ceux qui doivent être réformés, n'est pas chose facile. Il faut pour cela des connaissances psychiatriques sérieuses. En attendant que les médecins des corps de troupe les possèdent, on pourrait leur adjoindre, pour ce dépistage, les aliénistes de carrière, qui feraient ainsi leurs périodes d'appel.

c) *Au Conseil de Guerre.* — Quoi qu'on fasse, on ne saurait avoir la prétention de dépister tous les aliénés militaires avant qu'ils se soient mis dans le cas d'être traduits en Conseil de guerre — de telle sorte qu'il est sage de demander que le dossier de tout individu en prévention de Conseil de guerre ou de discipline comprenne un certificat médico-légal du médecin du corps. Cette mesure est réglementaire dans l'armée belge, où aucun militaire n'est mis en jugement sans que le médecin du corps ne soit appelé à déclarer s'il est, à sa connaissance, que le prévenu ait présenté des symptômes d'aliénation mentale. Le 11 juin dernier, à la Chambre des députés, lors de la discussion de la loi sur les Conseils de guerre, un député socialiste a demandé l'examen médico-légal obligatoire de tout individu passant au Conseil de guerre. La Chambre — et nous le regrettons — n'a pas voulu aller jusque-là. Elle a confié à un règlement d'administration publique le soin de déterminer les conditions dans lesquelles l'examen mental des prévenus sera prévu et assuré. Si les promesses de M. le Sous-Secrétaire d'Etat, à ce sujet, sont tenues, nous serons bien près d'avoir, au Conseil de guerre, l'expertise psychiatrique obligatoire.

d) *Au Conseil de discipline.* — Il devrait en être de même pour le Conseil de discipline et la Société de Médecine légale de France a bien voulu faire sienne notre proposition, de « soumettre à un examen médical les soldats que leur façon d'être désigne comme des candidats aux compagnies de dis-

cipline. » Dans l'armée hollandaise, les règlements prescrivent que tout militaire dont l'état mental inspire des doutes à son chef de corps, ne sera pas dirigé sur une compagnie de discipline sans avoir subi un examen psychiatrique (Janssen).

V. — Nécessité de l'instruction psychiatrique des médecins militaires

De tout ce qui précède résulte l'évidente nécessité, pour les médecins militaires, de connaissances psychiatriques sérieuses, poussées chez quelques-uns jusqu'à la spécialisation. Le corps de santé a plus besoin de psychiatres que de bactériologues. Et cette nécessité est la même pour toutes les armées ; aussi en Russie, en Allemagne, en Autriche-Hongrie, en Italie, en Belgique, en Hollande, on se préoccupe de cette question. En France, un courant d'opinion très net se dessine dans le corps de santé en vue de l'instruction psychiatrique des médecins militaires, et des efforts ont été faits dans cette voie par les professeurs de psychiatrie de Lyon et de Bordeaux, et par les directeurs de ces Ecoles, du service de santé, ainsi qu'au Val-de-Grâce. Comme conséquence, des thèses intéressantes ont été faites sur l'aliénation mentale en milieu militaire, et les jeunes ont produit sur ce sujet des travaux très sérieux, comme ceux de Boigey, Haury, Jude, Rebierre, et ne demandent qu'à se perfectionner dans la connaissance des maladies mentales au moyen de stages faits dans les asiles. Il y a là un désir, très profitable au bien de l'armée, qui mérite d'être encouragé.

VI. — Aliénation mentale en campagne

Dans toutes les armées en campagne l'aliénation mentale prend des proportions considérables. C'est un fait connu depuis longtemps ; mais cette augmentation devient de plus en plus sensible, ainsi que l'ont montré les dernières guerres et surtout celle de Mandchourie. Dans cette campagne les Russes ont évacué plus de 2.000 aliénés, ce qui correspond à 2 °/°° de l'effectif. De plus, on a vu, partout, au cours de

cette guerre, beaucoup de malades atteints de troubles mentaux courir çà et là en liberté. Il y a donc lieu, pour toutes les armées européennes, de se préoccuper de l'*assistance psychiatrique* pour les troupes en campagne. Elle devra comprendre l'hospitalisation sur place des non transportables, l'évacuation des autres dans des wagons aménagés *ad hoc* et des asiles installés le long du trajet pour recevoir les malades devenus incapables de continuer leur route. Dans ces conditions, l'exécution de l'assistance psychiatrique en campagne ne pourra être assurée que par le concours des aliénistes et des médecins militaires, ceux-ci ayant l'obligation de posséder des connaissances suffisantes en psychiatrie, et ceux-là de se « militariser ».

En résumé, la solution de cette troublante question « l'aliénation mentale dans l'armée » est toute entière dans la collaboration intime, dès le temps de paix, des aliénistes et des médecins militaires qui, seule, permet l'*assistance médicale psychiatrique* dans les conditions de justice et de bonté qui honorent un pays.

M. A.-J. Rayneau (Orléans), *rapporteur*

La vie militaire demande que tout individu qui pénètre dans l'armée règle sa conduite d'après toute une série d'obligations nouvelles ; mais, dans l'accomplissement d'une telle tâche, beaucoup de sujets se révèlent comme complètement incapables. On peut dire qu'il y a *inadaptabilité* entre leur état psychique et les exigences du métier militaire.

Quels sont ces incapables ? Ce sont indistinctement tous les représentants de la dégénérescence humaine, les héréditaires, les psychopathes à l'état latent, les prédisposés de tout genre à la folie. La vie militaire fait ressortir leurs anomalies mentales mieux que les centres sociaux d'où ils proviennent, parce qu'elle leur inspire un effort d'accommodation qui dépasse leur capacité d'adaptation.

En dehors de cette *inadaptabilité*, certains autres facteurs interviennent dans la production des troubles mentaux chez les militaires. Ce sont les fatigues inhérentes au métier,

les coups de chaleur, la syphilis, les maladies infectieuses et des pays chauds, les troubles de nutrition, les auto-intoxications et les traumatismes, mais c'est la *prédisposition* qui joue le rôle principal.

Bien des délits de droit commun ou des délits purement militaires sont le fait de faibles d'esprit, de déséquilibrés, d'épileptiques, d'alcooliques, d'hystériques ou de paralytiques généraux.

La désertion, notamment, est souvent une fugue pathologique, et voilà pourquoi l'étude des fugues a une importance capitale en médecine légale militaire.

L'indiscipline habituelle, l'insubordination, les refus d'obéissance, sont fréquemment le fait de tarés psychiques, ainsi que le démontrent de nombreuses observations. Aussi, en présence d'un délit, y a-t-il lieu de se souvenir que ce n'est pas l'acte, mais seulement l'examen anthropologico-clinique de l'inculpé qui doit trancher la question de savoir s'il y a perversité criminelle ou perversion morbide.

Les deux états psychopathiques prédominants chez les soldats, sont la *dégénérescence* avec ou sans délire, et la *démence précoce* avec ou sans dégénérescence antérieure.

L'affection mentale la plus fréquente chez les officiers et chez les soldats de carrière est de beaucoup la *paralysie générale*.

Il y a lieu de se rappeler qu'à la période de début le diagnostic est souvent délicat ; il est fréquent de voir des malades conserver une conscience suffisante pour continuer un certain temps leur métier, et leurs bizarreries ou leurs extravagances pourraient être mises sur le compte de l'inconduite ou de l'indiscipline.

Le délire alcoolique vient ensuite pour les officiers, les rengagés ou les coloniaux, qui sont aussi victimes des psychoses dues au paludisme, aux insolations et autres affections des pays chauds.

On constate aussi un certain nombre de psychoses dues aux traumatismes. Dans la majorité des cas, c'est l'association du traumatisme, de la secousse morale et du choc qui amène la psychose.

La paralysie générale traumatique est extrêmement rare; aussi, les médecins militaires devront-ils bien se garder de faire toujours jouer au traumatisme le rôle de cause à effet, lorsque, chez un paralytique général, on invoquera pour cause de la maladie un traumatisme crânien.

La nostalgie, assez fréquente autrefois, a presque disparu par suite de la réduction du service, du recrutement régional, et des améliorations apportées aux conditions de la vie du soldat.

Des psychoses d'épuisement ont été observées dans les armées en campagne. Tout porte à croire qu'il s'agit de processus auto-toxique ; l'hérédité a, dans ces cas, une influence beaucoup moins grande que les divers facteurs de débilitation inhérents à la guerre.

Pour les neurasthéniques accidentels qui doivent leur affection aux causes morales et au surmenage intellectuel, la vie militaire est souvent des plus salutaires, en les obligeant à des efforts corporels réguliers et soutenus, tandis qu'elle ne saurait convenir dans la neurasthénie des héréditaires dégénérés qui, souvent, confine à l'aliénation et se complique de tous les accidents épisodiques de la dégénérescence.

Autrefois, on estimait que la simulation de la folie était extrêmement fréquente ; aujourd'hui, on la considère comme exceptionnelle. Les cas de simulation totale, par des individus entièrement sains d'esprit, sont très rares, et la plupart de ceux publiés autrefois rentrent dans la *sur-simulation*. Ces simulateurs sont, le plus souvent, des dégénérés qui ne font qu'accentuer les manifestations de leur dégénérescence psychique.

Ce sont, en général, les grands accès d'agitation délirante qui ont la préférence des simulateurs, parce qu'ils frappent l'esprit et qu'ils correspondent à la conception que le vulgaire se fait des fous furieux, puis, viennent le délire des grandeurs, la démence et l'amnésie.

Jadis, on n'hésitait pas, pour découvrir la simulation, à user de procédés de rigueur envers l'individu suspect. Ce sont là des moyens détestables ; on ne doit recourir qu'à des procédés ayant la science pour base.

Quelquefois, certains individus dissimuleront leurs troubles

psychiques pour contracter un engagement volontaire, ou bien des militaires de carrière seront amenés à cacher leur délire pour éviter une réforme prématurée qui leur enlèverait les droits à la retraite. Si l'on vient à soupçonner leur maladie, il y aura lieu de faire, autant que possible, l'inventaire de leur vie, et de porter sur leurs actes un contrôle attentif et une surveillance scrupuleuse.

Les *auto-mutilateurs* sont, très fréquemment, des anormaux, et, quel que soit le motif apparent qui la provoque, on peut dire que l'auto-mutilation est la conséquence d'un état psychopatique. Aussi est-il indispensable de soumettre à l'examen psychiatrique tous ceux qui cherchent à se soustraire au service militaire en se mutilant.

Le Conseil de revision a pour but principal l'élimination des non-valeurs physiques ; il est impuissant à assurer le rejet des non-valeurs mentales. Il faudrait donc que l'autorité administrative signalât au préalable tous les conscrits atteints d'affections nerveuses ou mentales ; ils seraient alors l'objet d'une expertise minutieuse.

C'est particulièrement pour les engagés volontaires que la vérification cérébrale s'impose avec le plus d'urgence, puisque c'est par voie d'engagement que la plupart des tarés pénètrent dans l'armée. Ici, nous ne nous heurtons plus aux mêmes difficultés que pour la revision, l'examen est individuel. Il peut donc porter sur l'esprit comme sur le corps, et se compléter par la production obligatoire de renseignements officiels, sur les antécédents de la santé, à tous les points de vue. L'engagement est une faveur que l'Etat accorde à l'individu ; il peut bien lui demander, avant de signer le contrat la preuve, qu'il n'est pas cérébralement taré. Il est donc indispensable que le médecin chargé de l'examen de l'engagé soit familiarisé avec la médecine mentale, qu'il reconnaisse facilement les stigmates corporels et intellectuels qui décèlent le dégénéré.

Certaines garanties médico-administratives seront exigées par le recrutement :

1° Un certificat du maire de la résidence de l'intéressé

constatant qu'il n'a pas été interné et que la notoriété publique ne lui attribue aucune infirmité mentale ;

2° Un certificat médical attestant qu'il est sain de corps et d'esprit.

Ce dossier sera complété par une enquête de la gendarmerie sur les antécédents intellectuels et moraux de l'engagé, sur sa vie antérieure dans la famille, à l'école, et dans la Société. Un type de questionnaire devrait être mis à la disposition des bureaux de recrutement et brigades de gendarmerie, pour que, dans toutes les circonstances où l'on pourrait en avoir besoin, cette enquête puisse être menée à bien, aussi rapidement que possible.

Les *bons absents* devraient être aussi l'objet de pareilles mesures

Certains débiles ne pouvant être dépistés qu'après un certain temps de service, soit en raison de leur réelle incapacité dans les exercices militaires les plus simples, soit par des actes de rébellion bizarres et répétés, il est nécessaire que les officiers et sous-officiers reçoivent quelques notions générales de psychiatrie, leur permettant de reconnaître et de signaler au médecin les anormaux psychiques. Des conférences de psychiatrie élémentaire devraient avoir lieu, non seulement dans les écoles militaires, mais aussi dans les régiments. On s'attacherait surtout à faire ressortir que bien des actes d'insubordination peuvent être mis sur le compte de la dégénérescence ou de la démence précoce, et que, souvent, les « fortes têtes » sont des malades.

Tout homme en prévention de Conseil de discipline ou de Conseil de guerre devra être l'objet d'un rapport médico-légal exposant sa mentalité.

Des aliénistes militaires devraient être attachés aux prisons et pénitenciers de l'armée, dans lesquels on rencontre tous les degrés de la dégénérescence mentale.

Toutes ces considérations montrent l'importance des études psychiatriques pour les médecins militaires, et, depuis quelques années, il a été fait beaucoup dans cette voie ; toute une pépinière de jeunes médecins de l'armée s'est adonnée avec ardeur à l'étude des maladies mentales. mais le nombre de ces spécialistes est encore trop restreint pour que l'on puisse

doter chaque corps d'armée d'un médecin expert, auquel serait confié le service médico-légal de l'hôpital militaire, destiné à recevoir tous les sujets à examiner, quelle que soit leur provenance. En attendant que cet idéal puisse être réalisé il faut que les expertises soient faites en commun par des médecins militaires et des aliénistes. On pourra aussi profiter des périodes d'appel, comme médecins de réserve, des aliénistes de carrière pour leur faire examiner les individus qui auront attiré l'attention par leur indiscipline ou par leurs bizarreries.

Suivant les cas, l'expertise mentale peut se faire à la prison ou à l'hôpital. L'hôpital me paraît préférable. Les hommes en observation seront placés sous la surveillance d'infirmiers spéciaux parfaitement habitués à ce genre de malades.

Note au sujet de l'Expertise psychiatrique en général et dans l'armée, par J. Simonin, Médecin-Major de 1[re] classe, Professeur de Médecine légale au Val-de-Grâce.

Les études médicales normales qui aboutissent au doctorat comprennent tous les éléments de la médecine, et en particulier la médecine légale dont la Psychiatrie, ou étude de la mentalité normale ou déviée n'est qu'une partie. Tout docteur est donc, en principe, médecin-légiste comme il est hygiéniste, médecin, chirurgien, oculiste, accoucheur et pédiatre, et dans la réalité le médecin de campagne ou de petite ville doit faire face à ces multiples obligations. Il en est de même du médecin militaire qui, par le fait même de la diversité des postes qu'il occupe, de l'isolement complet où il peut se trouver, doit justifier de toutes ces aptitudes et couvrir en toutes circonstances la responsabilité de l'autorité militaire devant les familles et le Pays tout entier, lourde tâche que nos camarades s'efforcent de bien remplir au double point de vue de la science et de la conscience.

Il n'en est pas moins vrai que le développement considérable des connaissances médicales a rendu très périlleuses ces

fonctions de *médecin complet,* théoriquement apte à toutes les obligations professionnelles. Aussi, la spécialisation dans un champ plus restreint n'a pas tardé à s'imposer. Elle a pénétré tout d'abord dans la pratique médicale des grandes villes, et il a été amplement démontré que le malade retirait, en réalité, plus de bénéfices d'une expérience ainsi acquise par la répétition ininterrompue d'examens et d'opérations appliqués à une branche spéciale de la médecine ou de la chirurgie.

En ce qui concerne plus spécialement la médecine légale ou la médecine d'expertise judiciaire, il a toujours paru que l'expérience nécessaire pour éclairer la justice dans les affaires embarrassantes, sujettes à controverses ou à discussion, ne pouvait s'acquérir que par une véritable spécialisation dans la matière, et bien que tout docteur en médecine puisse être légalement appelé à fournir aux tribunaux un rapport ou un témoignage, les questions de responsabilité mentale, dès qu'elles paraissent soit importantes, soit litigieuses, sont confiées dès le début de la procédure, ou encore pour complément d'informations, à des médecins que leurs goûts, leurs tendances, leurs écrits, leur savoir reconnu ou leur situation professionnelle ont attiré vers ces études particulières.

Jusqu'à présent d'ailleurs cette spécialisation, issue des circonstances ou de goûts personnels n'avait d'autre sanction ou criterium que l'expérience présumée ou reconnue de l'expert.

On a pensé qu'il y avait peut être plus et mieux à faire, soit pour garantir les personnes, soit pour documenter plus exactement la justice, et la Faculté de médecine de Paris, sous l'influence de l'éminent et très regretté Brouardel, a créé un enseignement spécial de la Psychiâtrie, sorte d'Ecole ou de stage de perfectionnement en pareille matière, accessible à tout médecin désireux d'acquérir une expérience particulière de nature à le désigner tout naturellement au choix des tribunaux soucieux d'une expertise documentée. Un diplôme spécial couronne cet enseignement psychiâtrique supérieur ; c'est le témoignage public et officiel d'études poursuivies dans un sens spécial, créant une garantie supplémentaire, bien qu'encore relative, pour le public et les tribunaux. Il convient toutefois de ne pas s'exagérer l'importance immédiate de ce

diplôme ; pendant de longues années encore, l'expérience indiscutable des médecins anciennement assermentés paraît devoir être autrement sûre et précieuse que les connaissances théoriques et insuffisamment mûries des jeunes diplômés de la psychiâtrie dont la bonne volonté trouvera, sans nul doute, un précieux avantage à se doubler des acquisitions d'une longue pratique.

Et cependant, la tendance à la spécialisation plus étroite en matière de psychiâtrie s'accuse encore davantage. Elle devient réellement officielle avec le récent arrêté du Ministre de l'Instruction publique qui modifie transitoirement le concours d'agrégation des Facultés de médecine. Ce document, daté du 21 juillet 1909, revêtu de l'avis favorable du Conseil supérieur de l'Instruction publique crée une section absolument spéciale pour les maladies mentales, nettement dissociées des affections du système nerveux qui seront à l'avenir, rattachées à la médecine générale. La psychiatrie, en d'autres termes, est désormais séparée de la neurologie, elle a une place officiellement spéciale.

Il ne semble donc point exagéré de prévoir que, dans un avenir prochain, les diplomés de psychiatrie et les agrégés de médecine mentale deviendront les experts habituels très recherchés et peut-être imposés des divers tribunaux.

En ce qui concerne plus particulièrement les tribunaux militaires, il paraît donc hautement opportun de constituer à leur usage un groupe de médecins militaires spécialisés, sinon réellement spécialistes, offrant en matière de psychiatrie des garanties au moins analogues à celles qu'on exige des médecins assermentés auprès de la justice civile. Ils seront, en outre, les experts officiels idoines pour tous les malades ou infirmes mentaux militaires de diagnostic un peu délicat, avant comme après leur incorporation, qu'ils proviennent du bureau de recrutement, des corps ou des hopitaux militaires. En campagne, ou les traumatismes physiques et moraux provoquent si aisément les troubles psychiques les plus variés, ces experts seront pour le commandement de très utiles auxiliaires.

Pour ce qui a plus spécialement trait aux Conseils de guerre,

si la législation qui en réglera le nouveau fonctionnement rend l'expertise médico-légale de tout prévenu obligatoire, comme il en a été question, si d'autre part des juges civils en nombre prépondérant entrent dans leur composition comme certains projets le comportent, il faut s'attendre à ce que les médecins militaires non spécialisés soient récusés comme experts médico-légaux. Public et juges leur préféreront, sans aucun doute, les médecins civils assermentés, qu'ils soient ou non pourvus du diplôme de psychiâtrie, ou du titre nouveau d'agrégé de médecine mentale, et cependant, nous ne craignons pas de le dire, la législation, les coutumes et habitudes de l'armée, les réactions psychiques spéciales du milieu militaire ne leur seront pas suffisamment familières pour qu'ils puissent, en toutes circonstances, en juger sainement et rendre tous les services attendus de leur intervention.

Ce souci de l'expertise psychiâtrique militaire, de sa réalisation dans des conditions qui donnent toute sécurité au soldat aussi bien qu'au commandement, hante tous les esprits. Nul n'ignore que la mentalité de l'armée s'est profondément modifiée depuis quelques années ; les obligations créées à l'officier éducateur, et non plus simple instructeur, l'ont conduit à se préoccuper du psychisme du soldat autant que de son bien-être physique et de son perfectionnement militaire. La discipline, aussi bien dans ses obligations que dans ses sanctions, ne se renferme plus dans des formules un peu rudes, strictes et toujours invariables.

Dans l'armée moderne toute faute, délit ou crime donne lieu à enquête et même à expertise pour peu que dans ses caractères ou sa répétition, l'acte répréhensible ait paru indiquer chez le coupable une déviation ou un trouble psychique quelconque. Des prescriptions ministérielles variées, empreintes de l'esprit le plus large et le plus humanitaire, ont consacré et même imposé ce mode de faire et lui ont donné une sanction absolument officielle.

Le milieu militaire est donc préparé à subir toutes les suggestions de l'expertise psychiatrique, et je dois ajouter qu'il l'attend, comme par le passé, de ses experts naturels,

les médecins militaires, de même qu'il leur a demandé, depuis longtemps, les délicates recherches de la bactériologie, et tout récemment encore l'assistance plus modeste, mais non moins utile, de la clinique stomatologique.

Le Corps de santé militaire ne reste pas sourd à cet appel : il a conscience de la nécessité du nouvel effort qui lui est demandé ; et je l'ai affirmé dans d'autres circonstances, il lui fera l'accueil enthousiaste que, par une généreuse tradition, il réserve à tout progrès sollicité dans l'intérêt de l'armée et du Pays tout entier.

Personne n'ignore maintenant que les Elèves du Service de Santé militaire, à Lyon comme à Paris, reçoivent officiellement un enseignement spécial de psychiâtrie, et je saisis avec empressement cette occasion de témoigner notre profonde gratitude aux maîtres parisiens et de province, dont le nom est dans toutes les bouches et qui veulent bien apporter au Corps militaire enseignant de Lyon et du Val-de-Grâce le concours si généreux et si désintéressé de leur science et de leur haute expérience dans cette lourde tâche de préparation à la fonction d'expert mental.

Mais cet enseignement, au premier degré, qui suffit, le plus souvent, aux obligations quotidiennes du médecin régimentaire doit être agrandi et complété pour une catégorie spéciale de médecins militaires appelés à devenir, au chef-lieu de chaque Corps d'armée les experts psychiâtriques officiels de l'autorité militaire Assez nombreux déjà sont les médecins militaires ayant affirmé par leurs travaux, par les situations occupées dans les Ecoles, les Corps disciplinaires, les Etablissements pénitentiaires, par les titres conquis, leur goût et aussi leur aptitude pour la Psychiâtrie.

Il reste, en vérité, peu de chose à faire pour réaliser le progrès demandé : donner à ces médecins quelques facilités, en vue de leur perfectionnement par des stages dans les Cliniques mentales ou les Asiles où ils trouveront, à n'en pas douter, le même accueil sympathique et fraternel que leurs devanciers les bactériologistes ont rencontré, de tout temps, à l'Institut Pasteur.

Les retards apportés à la réalisation complète des dési-

derata que nous exprimons, nous tenons à le proclamer très haut, tiennent à la gêne apportée par l'étroitesse numérique de nos cadres, et non point à l'indifférence de l'autorité militaire supréieure dont le concours nous est complètement assuré ; il lui appartient plus spécialement de trouver les meilleurs moyens d'exécution et de doter l'armée française d'un Corps de médecins psychiâtres comme il en existe déjà dans un certain nombre d'armées étrangères.

En attendant le fonctionnement intégral de l'expertise psychiâtrique militaire régulièrement organisée, je crois pouvoir au nom de mes camarades de l'armée, exprimer notre profonde gratitude à tous ceux qui ont été des initiateurs dans la question qui vous est aujourd'hui soumise, et encore à tous nos excellents et distingués Maîtres et confrères civils qui, depuis longtemps, veulent bien nous prêter les lumières de leur haute expérience spéciale.

Elle nous sera aussi précieuse dans l'avenir que par le passé pour mener à bien les expertises particulièrement délicates qui se réclament des aliénistes de carrière.

Le Dr Roubinovitch (de Paris) tire de la récente guerre Russo-Japonaise des renseignements éloquents sur l'aliénation dans les armées en campagne.

Un premier fait remarquable est la profonde surprise des médecins militaires russes, en constatant la présence d'aliénés dans l'armée. Un médecin-chef auquel un jeune psychiâtre venait offrir ses services au début de la guerre lui répondit : « Nous n'avons pas besoin d'aliénistes ici ». Il dut se raviser par la suite quand 2.000 cas de folie éclatèrent dans le corps expéditionnaire. Un deuxième fait à retenir, c'est l'augmentation croissante des aliénés dans le cours de la campagne. C'est ainsi que durant le 1er mois, en mars, on en compte 2 cas, puis 3 en avril, 10 en mai, 26 en juin, 39 en juillet, etc.

Un troisième fait caractéristique enfin porte sur la forme. des psychoses observées. En tête viennent les psychoses alcooliques, puis la démence précoce, ensuite les psychoses épileptiques, enfin la paralysie générale. Les officiers furent atteints surtout d'alcoolisme et de paralysie générale ; les

soldats versèrent de préférence dans la démence précoce et les psychoses épileptiques.

M. Roubinovitch met bien en valeur que ce n'est pas à proprement parler le combat, la bataille qui détermine l'apparition de la psychose : Celle-ci survient le plus fréquemment avant, parfois après, rarement pendant l'engagement. C'est que, dans l'attente anxieuse de la rencontre avec l'ennemi, on s'énerve, on s'ennuie, on boit, d'où l'éclosion des psychoses alcooliques.

Enfin, il ressort des antécédents de ces aliénés de campagne que la plupart d'entre eux avaient présenté déjà des troubles psychiques.

Certains furent internés une ou deux fois.

D'où l'importance d'arrêter les prédisposés avant leur entrée au régiment.

Pourtant l'influence directe de la guerre, venant faire éclore ces prédispositions morbides, n'est pas niable. Sur un million de soldats envoyés en Mandchourie, 2.000 cas d'aliénation se produisirent : soit une proportion de 2 pour 1.000.

Or cette proportion est exactement la même dans la population civile de Moscou.

Et si l'on tient compte que l'armée représente la jeunesse, la fleur de la nation, par rapport avec l'élément civil composé partiellement de malades et de vieillards, il faut bien admettre que le pourcentage de psychoses doit y être élevé par les conditions des campagnes.

De ces renseignements de la guerre russo-japonaise nous devons tirer une leçon pratique : c'est d'abord d'empêcher aussi rigoureusement que possible l'entrée des prédisposés dans l'armée ; c'est ensuite l'organisation préventive, en temps de paix, de l'assistance psychiâtrique pour une guerre possible.

L'" Indiscipline morbide " (*les indisciplinés habituels ou accidentels*), par le docteur Haury, médecin-major au groupe des Zouaves (camp de Sathonay, près Lyon).

Au Congrès de Marseille de 1899 déjà, le Dr Granjux disait que « le commandement trouvait dans l'indiscipline une cause « si naturelle et expliquant si bien tous les événements, qu'il « ne pouvait se demander s'il y avait autre chose.... »

J'ai pensé qu'il y avait utilité à démontrer qu'il y a, en effet, autre chose que l'indiscipline simple, et qu'à côté d'elle existe ce que j'appellerai *l'indiscipline morbide,* c'est-à-dire celle qui a la maladie pour excuse et pour raison.

Le Dr Rayneau a consacré un chapitre de son excellent rapport aux principales formes d'affections mentales pouvant créer la délinquence dans l'armée. Je voudrai rendre plus vivante encore cette vérité en apportant un ensemble d'observations où l'indiscipline pathologique est en cause sous ses aspects les plus divers.

J'ai excepté de cette étude les déserteurs, parce qu'ils constituent une catégorie un peu à part dont les espèces ont besoin d'être rapprochées pour s'éclairer mutuellement. J'ai, du reste, essayé dans un précédent travail sur les « Fugues dans l'armée », d'en présenter un tableau un peu complet.

Les indisciplinés ne sont assez souvent des délinquants que parce qu'ils sont des malades, disons-nous.

On commence à s'inquiéter sérieusement dans l'armée du grand nombre d'anormaux psychiques qui y entrent, soit par hasard à la revision, soit comme tout naturellement par la voie de l'engagement. Tous nos camarades ont assez dit le danger de la présence dans les corps de ces insuffisants psychiques, déséquilibrés ou non. Quand on aura éliminé ceux qu'on ne peut garder avec profit, on aura ainsi diminué de beaucoup le nombre des candidats à l'indiscipline et aux conseils de guerre. Mais, de temps en temps, n'en paraîtront pas moins encore de ces hommes sur lesquels l'attention du commandement sera attirée par quelque méfait plus ou moins grave, et qu'on risquerait de traiter en indisciplinés, si le

médecin ne montrait vite que ce sont des malades. Outrages par paroles ou voies de fait envers un supérieur dans le service ou à son occasion, brutalité envers des camarades, refus d'obéissance, indiscipl ne de tous les instants, sont des fautes qu'il arrive souvent à des malades plus ou moins avérés de commettre.

Les observations de cette étude, après avoir montré la grande variété de ces cas d'indiscipline morbide, souligneront le fait important que la plupart de ce genre de malades ne se comportent pas, vis à vis de la discipline, d'une façon assez différente des autres individus pour qu'ils aient pu être considérés par ceux qui leur commandaient autrement, le plus souvent, que comme des indisciplinés parfois notoires. *Il n'y a rien qui ressemble plus à un acte pervers qu'un acte morbide et à un coupable qu'un aliéné.* C'est une vérité classique chaque jour vérifiée. C'est dire que dans l'armée où le nombre des actes contraires à la règle et par conséquent réprimés est très élevé (en raison même de la fréquence plus grande là qu'ailleurs de leur occasion — multiplicité des prescriptions et rigueur des règlements — comme aussi de la nécessité immédiate de la répression qui les souligne), des malades peuvent être aisément considérés comme de simples délinquants et punis comme tels.

Aussi est-il nécessaire évidemment que le mé lecin militaire soit au courant des modes de réactions personnelles des diverses catégories d'aliénés pour qu'il puisse dépister, le plus rapidement possible, le malade sous le coupable, et le soustraire ainsi au plus tôt à la rigueur d'une peine qui ne saurait l'atteindre. Cette série d'observations montrera justement les différences nombreuses dans la manière de réagir de nos malades vis-à-vis de la discipline militaire.

Mais il paraît évident également, que le meilleur moyen d'éviter à tout malade mental de cet ordre la possibilité de rester plus ou moins longtemps méconnu avant d'aboutir au médecin, serait de donner à ceux qui vivent en permanence à côté de lui et qui ont la charge de faire appliquer la discipline, une connaissance suffisante des premiers symptômes par lesquels ces troubles mentaux peuvent se manifester.

Il faudrait en effet que l'officier — puisque c'est lui qui,

étant en contact permanent avec le soldat, assiste par conséquent aux premières manifestations de son trouble cérébral — soit en mesure de s'apercevoir au plus tôt de ce qu'a d'inattendu, d'inaccoutumé ou d'excessif, d'anormal en tout cas, de morbide en un mot, l'attitude ou la conduite d'un de ses hommes. Il faudrait que, sachant reconnaître suffisamment — ou pressentir tout au moins — ce que peut avoir de pathologique la manière d'être ou l'action même d'un délinquant, il cesse de le considérer *a priori* comme sain d'esprit, et par conséquent, évite de le traiter comme tel dans la répression de ses fautes contre la discipline, pour le faire soumettre aussitôt à un examen médical. (C'est en partie ce que M. le professeur Régis a exposé dans la conférence qu'il a faite l'hiver dernier aux élèves officiers de l'Ecole de Saint-Maixent (Voir *l'Informateur des Aliénistes et Neurologistes*, n° de janvier 1909, page 17).

Ainsi instruits, les officiers seront mieux préparés à la collaboration étroite qu'ils doivent entreprendre avec le médecin militaire pour l'élimination de l'armée des anormaux et des malades, collaboration dont tout le bénéfice ira directement à cette *hygiène intellectuelle et morale de l'armée, véritable fondement et base même de la discipline* dont parlait M. le professeur Simonin (du Val-de-Grâce) dans son discours d'ouverture.

Officiers de troupe et surtout, à plus forte raison, juges au conseil de guerre et officiers de pénitenciers ou de prisons militaires, seront ainsi mieux préparés à bien diriger leur conduite et en même temps à saisir toute l'importance de l'expertise mentale, comme à en apprécier les résultats. Alors soumis à l'examen du médecin, le malade pourra être retiré aussitôt de la collectivité et traité comme tel, au grand avantage de l'homme lui-même tout d'abord, de la discipline ensuite, comme aussi enfin de la tâche et de la conscience même de l'officier.

Nous aurions pu rapporter beaucoup plus d'observations que nous ne le faisons. Tous les malades dont nous dirons l'histoire ont été examinés d'année en année à l'hôpital d'abord et, pour ceux vis-à-vis desquels on a conclu à l'inter-

nement (sept sur onze), à l'asile ensuite. Sur ces onze malades, il y a un réserviste — fait intéressant par lui-même, mais surtout par ce détail que c'est un récidiviste de l'insubordination ; — sur les 10 autres, 6 fois il s'agit de soldats qui étaient des engagés : les uns s'étaient engagés d'eux-mêmes, quelques autres sur les instances de leurs familles et l'un, enfin, su- l'invitation pressante du président du Tribunal qui le conr damnait (une fois de plus est ainsi souligné en passant le peu de valeur sociale des engagés volontaires).

Quelques-uns de ces malades représentent des types bien connus maintenant des médecins militaires, par exemple les déséquilibrés et même les fous moraux, aussi n'en donnerons-nous que quelques exemples, pour nous attacher à présenter des cas moins fréquemment rencontrés et par conséquent plus troublants parfois. D'autres malades ne sont classiques qu'en psychiâtrie seulement : les héréditaires plus ou moins alcoolisés, par exemple ; les alcooliques hallucinés et persécutés ; et enfin les débiles en épisodes aigus. Nous rapportons aussi le cas intéressant d'un intermittent qui a fait du service et de l'indiscipline en état d'excitation maniaque assez prononcée, et enfin celui d'un dément précoce qui avait presque terminé une condamnation à 18 mois de prison quand il fut envoyé à l'Hôpital et de là à l'Asile où il entra en plein gâtisme.

Observation n° 1.

Réponses grossières à des gradés par un déséquilibré

R... Léon, cavalier du 0me Régiment de Cuirassiers est un engagé de 3 ans envoyé à l'Hôpital Desgenettes à la suite d'une dernière frasque qui termine une série d'innombrables punitions de prison. Pendant ses 3 ans de service qui vont se terminer dans un mois, il a été puni en effet outre de 21 jours de consigne (ce qui est sans importance), de 229 jours de salle de police et de 179 jours de prison, toutes ces punitions pour trois ordres de motifs qui sont d'abord des *Réponses grossières*, soit à des brigadiers, soit même à des sous-officiers, puis quelques actes

de *brutalité* (l'un envers un cheval ramené estropié d'une sortie, l'autre envers un camarade, battu de coups de pied sans raison ni provocation) et enfin pour *saleté* de sa personne ou de ses effets. Les dominantes du caractère de L... sont contenues dans les trois sortes des libellés de ces punitions, mais surtout dans les deux premières.

L... est parisien ; son père, âgé de 55 ans, est un bon ouvrier, qui travaillerait depuis 20 ans dans une maison de vins à Bercy et qui ne serait pas (?) alcoolique, paraît-il.

Il a deux frères, l'un qui a 24 ans a été sous-officier d'infanterie (c'est un migraineux avec des accès revenant au moins tous les mois), l'autre est actuellement au service et serait bien portant.

Lui a eu une enfance marquée par deux sérieuses maladies ; il a eu la fièvre typhoïde à 6 ans, traitée à l'Hôpital Trousseau pendant 6 mois, et le scorbut à 8 ans, traité longuement à Lariboisière. Il a pissé au lit jusqu'à 12 ans. Son instruction est faible. Il alla en classe de 6 à 12 ans régulièrement mais fut un mauvais élève ; il avait et a encore mauvaise mémoire et ne retenait rien de ce qu'il apprenait ; cinq minutes après avoir lu quelques lignes il ne se souvient plus de ce qu'il a lu. Son caractère n'était pas mauvais. Il eut vers 12 ans des maux de tête et aurait eu « des vertiges » sans chute. Sa santé faiblissant, ses parents le mettent dans une pension religieuse à la campagne, vers Limoges, il y reste 3 ans sans résultat jusqu'à 15 ans, puis il apprend le métier de chaudronnier en cuivre. Il ne travaille que 7 mois — sa santé restant soi-disant mauvaise — ; puis il rentre chez un serrurier pendant 2 mois ; mais il aurait eu à ce moment un abcès de la marge de l'anus soigné 2 mois à l'Hôpital Lariboisière. Guéri, il essaie d'abord du métier de tôlier pendant 5 mois ; puis, à 17 ans, commence celui de camionneur, plus simple et lui convenant mieux, et qu'il garda jusqu'à son engagement, c'est-à-dire pendant un peu plus d'un an.

A Paris, il aurait vécu, à ce qu'il dit, d'une vie assez régulière mais surtout assez surveillée ; son père le tenait ferme — probablement avec raison — et il ne s'entendait pas toujours avec lui.

Il s'engage le 21 mars 1906, pour 3 ans, à 18 ans et 4 mois « pour avoir plus vite fini » dit-il, afin d'entrer dès son retour comme cocher « dans les grandes maisons » explique-t-il d'un ton vaniteux et emphatique et d'une manière vague.

Au début, il aurait bien fait son service, mais son caractère trouve bientôt des occasions de s'éployer. Arrivé chaste, paraît-il, au régiment et non buveur, il devint vite « *débrouillard* », ainsi qu'il le reconnaît complaisamment, vite « à la coule » ; sûr de lui, il néglige bientôt les exigences du service militaire et il a vite fait d'attraper des punitions de salle de police. *Impulsif, grossier*, il a la réponse facile aux injonctions qui lui déplaisent. Content de lui, la moustache en croc, l'œil guilleret, sans idée bien gênante de moralité, il a vite fait de courir les femmes et d'apprendre à prélever la dîme sur quelques prostituées des cafés qui entourent la Part-Dieu. Il le reconnaît simplement avec un orgueil qui ne sait pas tromper.

Au jour de l'an 1907, il fait une *absence illégale* de 5 jours et 19 heures. N'ayant pas eu de permission, il part pour Paris et revient volontairement au bout de ce temps. Il était parti sous prétexte que son père était malade, ce qui était faux ; il encourut du fait 30 jours de prison.

Il découche très fréquemment ; il saute le mur assez couramment et est puni plusieurs fois pour ce motif. Il a plusieurs punitions pour réponses très grossières à des gradés et pour avoir battu un camarade de chambre qui ne lui disait rien et qu'il avait brimé brutalement (d'où 24 jours de prison).

Sa dernière frasque est la suivante : au jour de l'an il veut liquider une histoire qu'il avait avec une femme d'un café « qui aurait dit du mal de lui » en la menaçant de lui tirer des coups de revolver. A cet effet il rentre au quartier prendre son revolver et retourne ainsi armé au café où était la femme, fait un esclandre, puis, sans avoir de permission, le soir même, prend le train pour Paris. Arrivé chez ses parents, il n'y reste qu'une demi-journée et son père le réexpédie à Lyon, se doutant de quelque aventure. L... revient ; mais, au lieu de rentrer au quartier, reste 2 jours à courir une bordée et est arrêté dans un café, près de la Part-Dieu, après 3 jours d'*absence illégale*, le 4 janvier 1909.

Physiquement L... est un grand jeune homme à tête plutôt petite, au regard émerillonné, à l'air débrouillard, bien constitué, qui a fait ses 3 ans de service sans avoir d'autre maladie qu'une simple angine. Il ne présente pas de stigmates dits de dégénérescence. Il porte sur les avant-bras quelques tatouages sans importance.

Il grasseye un peu en causant. Il parle en faisant des gestes

un peu brusques et parfois excessifs des mains et des bras. Nous avons noté plus haut que sa mémoire était mauvaise, il ne peut pas se rappeler la plupart de ses punitions (qui ont du reste peu marqué à ses yeux). Son intelligence est peu développée, son jugement assez faible.

Il est phraseur, un peu vantard, content de lui d'une façon assez niaise (il dit que les sous-officiers venaient lui demander des renseignements de préférence à tout autre), et facilement menteur ainsi qu'on l'a vu quand il avait invoqué la maladie de son père pour expliquer son absence illégale. Outre ces troubles du caractère, nous avons relevé au début cette instabilité qui l'a fait si souvent changer de profession, et nous avons souligné l'affaiblissement de son sens moral qui le faisait accepter avec une tranquille complaisance le métier de souteneur. Mais la dominante morbide de L... réside dans son défaut de puissance d'arrêt de ses réflexes, dans cette tendance caractéristique à la réponse immédiate et comme mécanique de ses muscles à toute incitation quelle qu'elle soit, en un mot dans son impulsivité. Tous ses actes de grossièreté et de brutalité soulignent l'impossibilité où se trouve sa conscience de réfréner l'automatisme qui est son mode naturel d'activité. Résultat de son hérédité, mais plus sûrement encore de ses nombreux antécédents pathologiques, cette impulsivité fait de L... un malade et par conséquent un incorrigible qu'il y avait lieu d'absoudre et qu'on a réformé.

Nous devons dire, au reste, que son régiment avait très judicieusement compris à quel malade il avait affaire, et c'est lui qui a demandé spontanément qu'on l'en débarrasse, car la connaissance de cette catégorie commence heureusement à faire son chemin.

Observation n° 2.

Outrages et voies de fait envers un supérieur dans le service par un déséquilibré érotomane.

Le soldat G... du 00[me] Bataillon de Chasseurs à pied a fait l'objet, en octobre 1906, d'une plainte en Conseil de Guerre, pour « outrages par paroles et voies de faits envers un supérieur à l'occasion du service. »

D'après les pièces du dossier, le soldat G... s'aperçoit, un

jour de manœuvres, au cantonnement, de la disparition d'une de ses bandes molettières. Il s'en prend à son caporal chef d'escouade et l'insulte. Le sergent, chef de section intervient, mis au courant de l'incident, ordonne à tous de faire la sieste. Quelques instants après le soldat G... se lève subitement et frappe le caporal étendu. Interrogé peu après par le capitaine commandant la Compagnie, le soldat G... déclare qu'il ne se souvient de rien.

La suite de l'affaire a donné lieu à plusieurs rapports, en particulier :

1° Celui du Capitaine commandant la Compagnie, d'après lequel « le chasseur G... est un dégénéré, avec tous ses vices, fréquemment indépendants de sa volonté, vices dont il n'a pas d'ailleurs guéri, depuis qu'il est au régiment... »

2° Celui du Lieutenant-Colonel commandant le Bataillon, pour lequel le soldat G... est un « *mauvais sujet* qui, dans sa famille, avant son entrée au service, en présence de parents faibles et sans autorité, a pris l'habitude de se laisser aller à tous ses mauvais instincts que développaient encore, dans le sens du mal, les plus mauvaises fréquentations. Il a pris aussi l'habitude de ne jamais se contraindre, ni se contenir, mais *il sait très bien ce qu'il dit et il raisonne même d'une façon fort avisée.* »

Dans les antécédents de G... on note que sa mère serait névropathe avec crises de rire et de larmes sans raison. Un de ses frères est mort quelques jours après sa naissance ; un autre frère, âgé de 16 ans, aurait eu des rhumatismes articulaires et de la chorée ; un troisième, âgé de 3 ans, est bien portant. Deux sœurs de 15 ans et 8 ans sont bien portantes.

A noter encore que de deux de ses oncles, l'un est mort à 43 ans d'affection cérébrale indéterminée, l'autre à 80 ans de congestion cérébrale.

Personnellement, le soldat G... a eu la scarlatine à l'âge de 11 ans. Depuis cette époque il n'a pas eu d'autre maladie infectieuse. Il fut mis en pension dès l'âge de 12 ans chez les Frères Lazaristes de Lyon.

D'après les renseignements donnés par sa famille et par ses professeurs, son évolution intellectuelle aurait accusé un retard considérable sur celles de camarades de son âge, alors que son physique prenait un développement exagéré : « son développement physique avait à peu près étouffé l'intelligence écrit

un de ses professeurs. Il aurait été alors presque obèse, en même temps qu'il aurait présenté un état nerveux caractérisé par des tremblements, des vertiges, de l'asthénie nerveuse, des troubles dyspeptiques. Sa famille consulta un spécialiste lyonnais (15 octobre 1900) qui le soumit à la médication bromurée et écrivit que « L'éducation intellectuelle et morale de l'enfant devra être surveillée et dirigée d'une façon particulière. Il est nécessaire de s'occuper de lui, plus que d'un élève ordinaire... » De la même époque dateraient des habitudes de masturbation dont le jeune homme aurait dès lors fait un abus peu ordinaire.

« *Brutal, extravagant, inconscient* », objet de la risée et des plaisanteries de ses camarades cependant plus jeunes, très en retard dans son instruction, il aurait découragé ses professeurs qui renoncèrent à lui faire faire ses études et le rendirent à sa famille.

Celle-ci le garde jusqu'à l'âge de 18 ans. De cette période, où le soldat G... n'aurait donné par ses allures et fréquentations que du souci à ses parents, dateraient le début de liaisons féminines et un goût anormal de sensations et d'images génésiques.

A 18 ans, *sa famille l'oblige à s'engager*. Pendant sa vie militaire il a été atteint d'affections banales, enfin il a été hospitalisé pour neurasthénie et troubles dyspeptiques. Il a fait *une fugue de* 24 *heures* hors de la caserne et a été ramené par un paysan des environs de Grenoble qui l'avait trouvé errant, hébété, à travers la campagne.

Au point de vue mental il parait avoir réalisé le *type* du *mauvais soldat, négligent, sale, indélicat, insolent, indiscipliné* et puni pour des motifs d'autant plus graves que son temps de service augmente.

Actuellement ce qui frappe dès le premier abord, c'est l'impression de dûreté et de brutalité de sa physionomie.

L'examen du corps n'offre aucune particularité qui mérite d'être signalée. Il n'y a pas de stigmates physiques dits de dégénérescence ; le caractère général qui ressort nettement de son examen est la disproportion qui existe chez lui entre les diverses facultés intellectuelles et morales. Nul doute enfin qu'il ne soit « *très avisé* » mais c'est uniquement dans le sens de la fourberie pour affirmer lui-même, par exemple, son irresponsablité dans l'acte qui l'a mis en prévention de Conseil de Guerre.

Mais dans le domaine moral les lacunes sont évidentes. Les sentiments affectifs paraissent éteints chez lui, il ne s'est jamais préoccupé de sa famille pendant son temps d'observation.

En revanche, sa *fatuité*, sa *vantardise* ne paraissent avoir aucunement fléchi, même sous la menace de la punition disciplinaire qui pèse sur lui.

Enfin il est tout un côté de sa mentalité qui ne s'est révélé qu'à l'hôpital et qui, dans l'expertise mérite d'être souligné : ce sont les manifestations délirantes de l'instinct sexuel, la véritable érotomanie dont le soldat G... a donné les preuves écrites et orales, preuves que nous ne pourrons malheureusement pas rapporter.

Le soldat G... comme tous les érotomanes « se complaisait dans la représentation continuelle de la sexualité et de tout ce qui semble avoir un rapport avec la satisfaction de l'appétit génésique. »

Dégénéré mental, s'il n'est pas plus, il y a de remarquable chez lui : 1° La lenteur avec laquelle s'est faite l'évolution intellectuelle. Elle paraît chez G... s'être arrêtée à l'âge de 15 ans et elle a entraîné d'abord l'arrêt forcé de l'instruction, puis la paresse et le vagabondage, enfin l'entrée, par engagement volontaire, dans l'armée : odyssée classique de tous les tarés mentaux que les familles poussent vers la caserne comme vers un asile ; 2° L'impulsion pour ainsi dire irrésistible au mensonge, à la fugue, à la brutalité, aux excès enfin. Chez le soldat G..., ceux-ci semblent surtout localisés dans l'ordre génésique ; 3° L'impossibilité de s'adapter à un milieu social normal. La conduite de sa vie militaire en a été la meilleure démonstration. Il a été mauvais soldat et de plus en plus mauvais soldat parce que, comme la plupart des dégénérés, il a été de plus en plus incapable de supporter l'existence régulière, laborieuse et soumise du soldat.

Ayant ce passé de dégénéré, G... fut négligent, sale, indélicat, insolent, indiscipliné. Mais son capitaine qui avait eu le temps de le voir dans ses multiples situations vis-à-vis de la discipline, l'avait bien jugé comme un malade, alors que son lieutenant-colonel — après l'avoir sans doute vu trop peu de fois — tendait à ne voir en lui que le mauvais sujet. Il était plus que cela : car ce « fou moral » n'avait pas que du déséquilibre mental, il présentait un symptôme qui le met plus près des véritables aliénés que des déséquilibrés simples, à savoir ses idées érotiques, vrai délire chronique qui nous montre qu'il est plus atteint qu'il ne

le paraît au premier abord, si même le diagnostic de démence précoce n'est pas dans le cas d'être sérieusement discuté. G... ayant été rendu à sa famille, nous ignorons quelle a été l'évolution de son état mental.

Observation N° 3.

Outrages et voies de fait envers un supérieur dans le service par un débile, tuberculeux et syphilitique (impulsion au suicide).

Le soldat B... est un grand garçon mince, presque imberbe, à la tête petite, à la physionomie un peu drôle, étonnée à la fois et amusée, — niaise en un mot, — d'un abord simple, qui entre de de suite en confiance et débite, avec une inconscience naïve, toute son histoire. Il parle avec volubilité en mimant beaucoup. Il a un léger accent bordelais. Son ton est naturel. Il est très gai, riant pour un rien tout seul et semble tout à fait sincère dans son histoire qu'il raconte assez bien. Pendant qu'il parle, il est constamment en mouvement ; il balance le buste d'un côté et de l'autre, dodeline la tête, se penche en arrière, les yeux arrondis, toujours très grands ouverts, le regard lointain, absent, sans se tourner vers l'interlocuteur, le plus souvent cherchant très visiblement ses souvenirs.

Son histoire est la suivante :

Il est né le 29 septembre 1887 à Rioms, aux environs de Cadillac (Gironde). Dans ses antécédents héréditaires on relève simplement la tuberculose pulmonaire des grands parents paternels, morts assez jeunes. Son père, qui est maçon, est un alcoolique. Il s'enivre tous les dimanches, mais, bon travailleur, il est dans la même maison depuis 25 ans. Sa mère serait nerveuse. Il est fils unique.

Il a eu une enfance maladive. Il ne pissa pas tard au lit. Outre la rougeole qu'il eut en bas-âge, il fut atteint de diphtérie laryngée vers 7 à 8 ans. A 10 ans, il eut un accès vertigineux mal défini (chute avec perte de connaissance en lisant une lettre). Il fut sujet à de fréquents malaises céphaliques, surtout au moment de la puberté. Il fit un mauvais écolier, il allait régulièrement en classe mais était batailleur. Il reste à l'école jusqu'à 10 ans seulement, apprend à lire et à écrire, mais n'arrive pas à savoir compter. Ayant mauvaise tête et comprenant que « ça n'entrait pas », dit-il, il préfère aller travailler. Il est apprenti

tonnelier pendant 2 ans, puis travaille comme ouvrier, change de patron, enfin sert les maçons avec son père l'été pour retravailler comme tonnelier l'hiver. Il est toujours resté en place près de chez lui et a peu souvent changé de patron.

Vers 12 à 13 ans, il a 2 accès somnambuliques (l'un où il se retrouve assis sur sa table de nuit « à son grand étonnement », dit-il, « sa porte étant bien fermée et personne n'ayant pu entrer pour l'y mettre ! » — et l'autre où il ouvrit sa fenêtre qui était au rez-de-chaussée, l'enjamba, passa dehors et se réveilla au moment où il revenait par le même chemin). A 8 ans, il a une pleurésie à gauche, reste 3 mois malade et fut ponctionné (3 litres de liquide).

A 20 ans, syphilis (chancre de la verge, éruption, céphalée, plaques muqueuses). Il a eu son chancre « le mois qui est avant le mois de mai », mais il ne sait pas le nom de ce mois, il sait seulement l'époque de sa contamination à peu près de la façon suivante : N'ayant pas de travail, à un moment donné il fait la pêche à l'alose chez son oncle, « or on pêche l'alose au mois de mai, dit-il, et c'est avant qu'il a eu son chancre. »

Il est traité à Bordeaux à un hôpital dont il ne sait pas dire le nom, bien qu'il conserve la carte de consultation de cet hôpital dans son calepin.

Entre temps, il a une rixe à la sortie d'un bal et est poursuivi devant la justice, mais son adversaire et lui sont condamnés, l'autre plus que lui ; et il semble qu'il n'ait fait que se défendre.

Il n'aurait jamais fait d'excès alcoolique, jamais bu d'absinthe notamment. Il ne fume pas.

Incorporé le 8 octobre 1908 au Xe regiment d'artillerie, à Lyon, il fait 15 jours de service sans encombre, quand il tombe malade et est soigné à l'infirmerie pour une angine. Au bout de 8 jours de traitement, complètement guéri, il suit l'exemple de plusieurs de ses camarades et découche plusieurs nuits de suite. Une nuit, notamment, il découche, mais habillé en civil avec des effets qu'un camarade lui avait donnés. Avec 1 sous-officier et 2 brigadiers, ils vont boire dans un café consigné à la troupe. Des agents cyclistes les pincent. Ils se sauvent : lui a le temps de jeter ses effets civils en route et de rentrer se coucher dans son lit à l'infirmerie. Dénoncé par le brigadier d'infirmerie comme habitué à découcher, « bien qu'on n'eût pas de preuve contre lui », dit-il, il est interrogé par son capitaine : *il nie effrontément tout* par trois fois, sur le conseil d'un camarade d'infirmerie qui lui avait dit

que s'il parlait, il ferait casser le sous-officier et le brigadier. On le met en prison pour 7 jours sans qu'il sache le motif invoqué. Là il se présente à la visite pour son angine. Il est reconnu, mais pendant la visite il se serait mis à siffler sans réfléchir ni savoir pourquoi. On le punit pour ce fait nouveau.

En prison, il est en compagnie d'un ancien soldat, marié à Lyon, habitué à toutes les punitions. Celui-ci lui propose une nuit de venir faire une bombe. Il lui ouvre la porte de la prison ; ils franchissent le mur et sortent.

L'autre le conduit chez sa femme qui lui donne 10 francs et ils font la noce, se font servir à manger et courent les cafés (B... y buvait uniquement du café noir avec de l'eau-de-vie). Ils se promènent, l'autre lui montrant la ville ; enfin le matin, juste avant l'appel, ils rentrent. Mais le service de semaine avait déjà constaté leur absence. Ils sont pris à leur arrivée. On veut les faire aller à l'exercice ou aux corvées ; mais comme ils tombent de sommeil, éreintés, *ils refusent.* Alors on les sépare et on les met isolément en cellule.

C'est dans ces conditions qu'au bout d'une heure, B... désorienté, complètement affolé d'être seul, dit-il, « dans un si petit espace », épouvanté de se voir sans appui, les idées toutes confuses des libations de la nuit, avec la perspective d'une punition certainement sévère dont il se rend encore très mal compte « pour finir tout ça d'un coup », dit-il, aujourd'hui, il monte sur le bas-flanc, accroche ses bretelles à un clou assez haut et subitement se pend. On s'en aperçut (sans que B... puisse nous dire pourquoi), on enfonce la porte, ce qui le fait tomber en avant et on le décroche.

Il n'avait pas perdu connaissance, mais avait très mal au cou. On le relève et on le conduit au poste. En route, il est pris tout à coup d'une sorte de colère violente dont il se souvient très mal car il avait *insulté l'adjudant* et bousculé quelques hommes du poste. On le maintient jusqu'à l'arrivée du médecin qui l'envoie à l'hôpital Desgenettes où il est depuis 2 mois en observation.

A l'hôpital, il a été constamment d'une docilité extrême.

Il paraît être même un peu le jouet de ses camarades. Physiquement, B... est grand ; déshabillé, on est surpris de le voir encore suffisamment musclé, sa tête paraît encore plus petite par rapport aux proportions de l'ensemble de son corps. On ne note pas de stigmates dits de dégénérescence ailleurs qu'à la face. Il a, en effet, un latéralisme expressif très marqué, résultat d'une

différence de développement facial manifeste à prédominance gauche.

On ne trouve pas de traces de lésions syphilitiques, pas de signes d'alcoolisme. L'examen de la poitrine décèle un peu de submatité à la base gauche et de la diminution de respiration au sommet.

Sensibilité et réflectivité normales, ainsi que les organes des sens ; pas de rétrécissement du champ visuel notamment, ni de zones hystérogènes. Mentalement, c'est un débile. Nous avons noté qu'il savait à peine lire et écrire et en tout cas pas compter. Sa mémoire est particulièrement mauvaise. Il ne sait pas au juste la date de sa naissance et disait être né en 1888,alors qu'il est né en 1887, et n'a pas pu arriver à établir la date vraie de sa naissance en se reportant à sa classe et à son arrivée au service. Il n'a pas su dire le nom de l'hôpital où il a été traité de sa syphilis pas plus qu'il n'avait pu dire le nom du mois où il l'avait contractée.

Il se rappelle mal ce qu'il a fait ou lu.

Son attention est très mobile, son jugement est d'une grande faiblesse ; nous avons souligné son inconscience de sa situation vraie, mais sa *suggestibilité* est extrême, ainsi que le prouve la façon dont il a découché tant à l'infirmerie qu'à la prison. Il a « fait comme les autres » ; il s'est dit que puisqu'ils le faisaient, il pouvait bien le faire comme eux et « comme il est leste et sûr de lui, il a suivi ». De plus, à ce moment, jamais il n'a été arrêté par la réflexion : l'idée de la faute qu'il commettait ne lui est jamais venue.

Et quand l'ancien lui a proposé de filer la nuit, il n'a pas du tout pensé à la possibilité d'être pris et puni à nouveau et pourtant il venait d'être puni deux fois coup sur coup, mais ces 2 punitions ne l'avaient pas du tout influencé. Au reste, il reconnaît naïvement qu'il ne sait pas résister à une suggestion quelconque dans ces mots : « Il suffit qu'on me dise de faire quelque chose pour que je le fasse tout de suite. » Cette impulsivité s'est manifestée d'une façon éclatante dans cette tentative subite et irraisonnée de suicide qui a failli être suivie d'effet.

Il parait probable que la cause toute naturelle en est, en effet, tout simplement son impulsivité, renforcée par l'intoxication alcoolique sous l'influence de laquelle il se trouvait momentanément.

Peu buveur habituellement, — avec la susceptibilité du dégénéré pour l'alcool, — il lui en a fallu peu pour que cet appoint

alcoolique passager détermine la suppression complète du peu de volonté d'arrêt qu'il possède. Dans son désarroi cérébral, sa tendance impulsive au réflexe est apparue sous la forme de l'idée inconsciente de se tuer. Cette impulsion au suicide qu'il n'aurait pas eue peut-être sans cela, peut donc être mise sur le compte de l'intoxication alcoolique.

En résumé B..., qui est syphilitique et certainement aussi tuberculeux, est atteint de débilité mentale caractérisée par un développement psychique peu marqué (instruction rudimentaire, faiblesse de la mémoire et de l'attention, faiblesse du jugement et du sens moral, suggestivité très grande, impulsivité).

Il a présenté une impulsion au suicide au cours d'une intoxication alcoolique suivie d'une crise d'excitation de courte durée.

Considéré comme impropre au service militaire, il a été réformé n° 2 le 8 janvier 1909.

L'instruction du conseil de guerre dont il était l'objet pour voies de fait envers l'adjudant est tombée d'elle-même du fait.

Observation N° 4.

Indiscipline chez un débile persécuté

Le nommé L... était envoyé à l'hôpital le 9 février 1901 à cause des *allures bizarres* qu'il affectait depuis quelques jours et de certains *propos* qui, au point de vue disciplinaire, auraient été vivement réprimés s'il n'avait été manifestement reconnu que ce langage et ces gestes étaient le fait d'une exaltation anormale et d'un certain dérangement d'esprit (note du Commandant de sa Compagnie).

A l'hôpital, L... se déclare très surpris : « il n'est aucunement malade, ne comprend pas pourquoi on l'a envoyé, demande à sortir, tout disposé, dit-il, à faire son service. » « Le fera-t-il correctement ? » — « C'est son affaire ! » — « Sera-t-il convenable avec ses chefs ? » — « Il fera ce qu'il faudra, ceux qui ne seront pas contents le diront, et, lui, se charge de les recevoir. » Il ne veut pas parler davantage à la visite, mais il a dit à l'élève qui prend son observation, qu'il jouit depuis quelque temps d'un « don particulier d'intimidation, qui lui servira contre ses ennemis. » Il parle brusquement, *élève la voix*, fronce le sourcil d'un air menaçant, et, les mains dans les poches, *vient toiser son interlocuteur* de très près, puis il *hausse les épaules* et *tourne le dos en ricanant.*

Il s'est livré à des démonstrations violentes quand on lui a enlevé son tabac, contre l'infirmier major, plus tard contre la sentinelle qui l'empêchait de passer pour aller reprendre ce tabac réclamé avec insistance.

Il a renouvelé sa tentative en pleine nuit ; quelques jours après il a *bousculé la sentinelle* et les hommes du poste ont dû intervenir pour le ramener à son lit. On note souvent qu'il ouvre sa fenêtre vers les trois heures du matin et qu'il y reste ainsi jusqu'au réveil.

Il est impossible d'obtenir de L... un *seul détail* sur ses affaires ; à chaque question il prend *l'air goguenard et méprisant* d'un homme offensé par une question oiseuse et malveillante ; il croit qu'on se moque de lui et dit : « *Vous le savez bien ; c'est pas la peine de le demander.* »

Il demande avec persistance qu'on le renvoie ou à sa compagnie ou à ses parents ; mais il n'a pas voulu écrire à ces derniers. Il affirme néanmoins qu'ils sont prêts à le recevoir et parait surpris quand on lui montre qu'ils ne tiennent pas à le reprendre chez eux.

Il n'y a rien à noter au point de vue pathologique dans le passé de L..., ni dans son état actuel organique.

Le médecin traitant estima que son examen ne lui permettait pas de conclusion ferme en ce qui concernait la nature des troubles mentaux, mais demanda quand même son internement, en faisant cependant quelques réserves sur une part d'exagération volontaire qu'il soupçonnait chez le malade. *A l'Asile*, où il entre le 12 mars 1901, on apprend par lui-même que chez ses parents il avait des maux de tête revenant par périodes et que pendant ces phases « il prononçait des paroles divagantes. »

On note qu'il répond tantôt d'une manière correcte, tantôt d'une manière incohérente, tantôt même qu'il refuse de répondre. On ne trouve pas de délire, mais sans doute il a des idées continuelles de persécution car, outre que comme nous l'avons vu, il a déclaré avoir découvert « un don particulier d'intimidation qui lui servira contre ses ennemis... », il a sauté à la gorge d'un gardien alors que celui-ci venait pour lui dire d'aller au bain. Du reste cette attitude manifestement hostile d'une façon générale, agressive, est bien celle d'un persécuté qui réagit ; et cette phrase : « Vous le savez bien, c'est pas la peine de le demander... », est une des plus typiques de celles que peut prononcer un persécuté qui croit le monde entier au courant de sa persécution,

puisque chacun, à son sens, contribue à la malveillance organisée et systématique qu'il croit rencontrer partout.

A l'asile, il resta constamment dans le même état d'excitation maniaque, ayant de l'incohérence des propos, et continuellement des tendances agressives et méchantes. Il termina ainsi l'année et ce n'est qu'en février suivant qu'il devient plus calme, et en mars qu'il pût être transféré à Privas, sous la conduite de 2 infirmiers, après être resté par conséquent à l'asile un an complet. Son long séjour à l'asile, son transfert uniquement dans un autre asile sans autre amélioration qu'un peu plus de calme, indiquent un processus morbide durable qui innocente tardivement, mais suffisamment, le pauvre garçon de tout soupçon d'exagération de sa part.

Observation N° 5.

Indiscipline, outrages envers un supérieur dans le service par un fou moral à crises convulsives et à impulsions homicides et suicides.

Un autre indiscipliné, terrible celui-là, était le nommé C... C'était un cavalier du 7e cuirassiers, engagé volontaire, qui était sous le coup d'une plainte en Conseil de guerre pour violences et voies de fait envers un supérieur quand il entra à Desgenettes, en mars 1905. Au cours d'une discussion violente avec un sous-officier, il l'avait en effet menacé de son sabre. Ce cavalier, qui avait à ce moment 200 jours de punitions diverses, avait eu une vie assez accidentée jusque là et l'histoire de ses délits et de ses violences avait déjà un assez long passé.

C'était le fils d'un père syphilitique depuis l'âge de 20 ans, marié à 30, ayant encore des accidents spécifiques et mort à 35 d'accidents laryngés (?) et d'une mère présentant des troubles nerveux très accusés.

Lui n'avait pas eu de crises convulsives dans l'enfance ni d'incontinence nocturne d'urine.

Mais il avait un *caractère indomptable* et s'était fait renvoyer de partout (du lycée de Versailles, d'une pension à Igny, près de Versailles et du collège ecclésiastique de Dreux). Placé dans une maison de commerce à Paris, il en fût renvoyé pour s'y être livré à divers désordres et de là fût mis dans une *maison de correction* pendant 6 mois d'abord à Rambouillet puis à Brignais, près Lyon.

Il en sortit pour *s'engager* au 7e régiment de Cuirassiers le 16 avril 1902.

Jusqu'à cette époque, tour à tour gai et triste, calme et furieux, il était d'une versatilité extrême. D'une perversion instinctive, il avait *combiné le vol de la caisse maternelle avec une bande de malfaiteurs* de Versailles.

Onaniste féroce depuis l'âge de 10 ans jusqu'à 13, il avait eu ensuite une vie sexuelle exagérée. Il avait parfois des accès de colère violents et s'est *même livré à des voies de fait sur sa mère*, qu'il parait cependant beaucoup aimer.

Il eut une *première crise convulsive en septembre* 1903 aux manœuvres, et une *deuxième en mai* 1904, à la suite d'une discussion avec un sous-officier qu'il poursuivit le sabre à la main (la crise termina la scène).

En janvier 1905, on lui remarque de l'œsophagisme hystérique, au cours d'une amygdalite ; et, à la fin de son séjour à l'hôpital, il eut une *troisième crise hystérique.*

Le 20 *mars, sa quatrième crise convulsive* termina la discussion violente qu'il eut avec ce sous-officier et qui fut la cause de son envoi en Conseil de guerre.

Depuis son entrée à l'hôpital Desgenettes, il eut plusieurs crises nouvelles d'hystérie arrêtées par la compression pseudo-ovarienne. A la suite de la dernière, le 19 avril, il échappe aux gardiens et se jette dans le Rhône du haut du pont de l'Université, mais, sachant nager, il se soutient sur l'eau et est repêché.

Il continue à vouloir se suicider pour échapper aux conséquences de ses actes, dit-il, et empêcher son « nom de passer devant les tribunaux », mais pas avant d'avoir tué le sous-officier cause de ses ennuis et punitions.

Depuis 2 nuits il ne dort pas afin, explique-t-il dans une lettre à sa mère, d'échapper aux rêves qui l'agitent.

Il est conscient de tout le mal qu'il a fait à sa mère et à lui-même, mais « son hystérie est cause de tout. »

Le Médecin major Chavigny lui trouve d'assez nombreux stigmates d'hystérie (hémianesthésie, rétrécissement du champ visuel, etc.). Le 22 avril il entre à l'*Asile* : il y a de nouveau plusieurs crises hystériformes avec sensation de boule remontant à la gorge, crises arrêtées par la compression de la région pseudo-ovarienne. Il en a ainsi 3 jusqu'au 6 mai, chacune d'elles étant précédée d'un léger état d'excitation.

Le 17 juillet on le trouve amélioré et quelques jours après il

est remis aux soins de sa mère qui s'engage à surveiller sa convalescence à Marseille.

Tel est ce fou moral, à crises motrices, qu'on étiqueta, lors de son envoi à l'asile, « fou hystérique » et qui avait ces impulsions homicides et suicides. Le diagnostic d'épilepsie ne fut pas discuté. Quoi qu'il en soit, c'est ce fou moral qui fut au régiment cet indiscipliné, cet incorrigible si souvent puni, qui allait passer au Conseil de guerre pour le renouvellement d'un accès de violence lequel appela enfin l'attention médicale sur lui et le fit réformer et interner. On comprend combien la discipline a peu à faire avec de pareils soldats.

Observation N° 6.

Refus d'obéissance par un débile fou moral

Et... est un tout jeune homme de 18 ans qui a déjà un casier judiciaire civil et un passé militaire. Il était en train d'accomplir, ou mieux de purger une condamnation à 1 an de prison pour *refus d'obéissance, coups et blessures, bris de clôture* à la prison des Recluses, quand il fut envoyé à l'hôpital Desgenettes en novembre 1905.

Jeune homme de constitution vigoureuse, à la prison il passait son temps non seulement à insulter tout le monde, mais aussi à briser tout ce qu'il trouvait à sa portée. Il se répandait en même temps en accusations contre ses co-détenus et avait toujours la menace à la bouche.

Avec son regard fuyant, son asymétrie crânienne et faciale, ses déformations de la cage thoracique et sa cryptorchidie, il présente un ensemble frappant de dégénéré à la santé physique très robuste. (Il n'a notamment aucun stigmate d'hystérie et ses réflexes sont normaux). On ne constate chez lui qu'un léger tremblement de la tête et des mains, avec cette particularité que de temps en temps son bras gauche est agité de mouvements involontaires, spasmes musculaires, qui rappellent des accès d'épilepsie Jacksonienne. Le médecin traitant le considéra comme un débile avec crises impulsives et demanda son internement.

Fils d'un honnête ouvrier, et seul vivant, avec un frère, d'une famille de 13 enfants (tous morts en très bas âge de bronchite

ou de diarrhée), c'est un héréditaire : son grand-père et son arrière grand-père paternels étaient aliénés, le premier se pendit. Mais c'est aussi un cicatriciel à la façon que l'enseigne M. le Professeur Pierret ; à l'âge de 3 ans, il a eu une méningite. Il lui en resta un déséquilibre mental assez évident aux yeux de tous, pour qu'à l'école même ses camarades l'aient surnommé « le Fou ». A 12 ans il est renvoyé pour insultes envers l'instituteur. Il commence alors une vie irrégulière, travaillant chez de trop nombreux patrons, commettant des *escroqueries* qui le font bientôt condamner à entrer dans une *Maison de correction.* A 16 ans, en 1903, il fait une *tentative de viol* sur une petite fille de 7 ans et passe devant la Cour d'assises. Il fut acquitté. Il part à Paris, mais est arrêté en route pour *mendicité*, puis pour un *incendie* qu'il avait allumé volontairement. Enfin pour éviter un jugement le président du tribunal — qui croyait s'intéresser à lui d'une façon utile — le fait *s'engager* au 153me d'Infanterie à Toul. Mais il ne peut s'y bien conduire que pendant un mois ; au bout de ce temps commence une série de punitions pour *désobéissance, indiscipline,* dont la dernière, celle pour *refus d'obéissance catégorisée* le fait passer au Conseil de guerre et condamner à un an de prison.

Cet homme qui répond très nettement aux questions posées, et a une très bonne mémoire, raconte avec jactance ses condamnations et ses mauvaises actions. Il n'a jamais présenté d'idées délirantes pendant tout son séjour à l'Asile où il s'est seulement montré agressif et turbulent. Il est actuellement interné dans la Marne. C'est un type de fou moral. Héréditaire, cicatriciel, son impulsivité, son goût du vagabondage, même le viol et l'incendie qu'il a commis (et qui sont des crimes de débile mental), sa violence, sa vanité, toute cette perversion des instincts et des actes, dit sa folie. C'est le vrai révolté violent, l'indiscipliné par excellence.

Observation N° 7.

Refus d'obéissance par un mélancolique halluciné

Le cavalier R... a en réalité plus d'une fois commis le délit de refus d'obéissance ; il a fallu une sommation de punitions du même ordre pour que la dernière attire l'attention sur lui et le fasse envoyer de la garnison où il servait au Xe Régiment

de Hussards, à l'Hôpital militaire Desgenettes pour y être soumis à un examen spécial.

Ce cavalier avait un folio de punitions complètement rempli depuis peu de temps. Il avait accompli les premiers mois de son service sans accroc quand, coup sur coup, tombent sur lui, d'abord le 19 février, une punition pour « *mauvaise volonté pour exécuter un ordre* » le mois suivant pour « avoir fait constamment les plus grandes difficultés pour obéir » et pour divers manquements à des manœuvres. Il se fait porter malade plusieurs jours de suite, mais il ne se présente pas au médecin, prétendant un jour qu'on « pourrait lui faire mal », et le lendemain invoquant un autre motif sans plus de valeur. Le surlendemain il refuse de se préparer à une manœuvre disant « je suis malade » et répondant au sous-officier « avant que j'ai eu le temps de préparer mes affaires, j'ai autant aimé rentrer en prison ». On lui lit le Code, il se met à rire. Au reste, une enquête faite dans l'escadron établit que depuis quelque temps R... était d'une mauvaise volonté constante ; chaque fois qu'on lui donnait un ordre il riait au nez du gradé disant « qu'il le ferait plus tard ou quand il aurait le temps ». On sut qu'à cette époque aussi il avait été vu se couchant dans les couloirs et poussant des cris au moment de la soupe. Plus tard encore il se cramponna aux murs de sa prison plutôt que de reprendre son service. Enfin par deux fois il ébauche des tentatives de suicide si maladroites qu'elles ne purent être considérées comme sincères par l'entourage ; c'est ainsi qu'une première fois il a essayé de se jeter par la fenêtre, mais il avait prévenu tout le monde de son projet et le fit devant ses camarades. (Son capitaine, soupçonnant quelque trouble mental, l'envoya à ce moment 8 jours chez lui et le fit ménager). Une deuxième fois il essaye de se donner bien mollement des coups de couteau, — et sans raison — car il reconnaît que personne ne l'a tracassé et même il trouve justes les punitions qu'il a subies.

Ce cavalier de 22 ans est un malingre, maigre, infantile, imberbe, qui a l'aspect d'un garçon de 16 ans, sans autre stigmate. Il est le fils d'une mère morte jeune d'alcoolisme et a eu lui-même dans la première enfance une grave maladie sur laquelle nous n'avons pas malheureusement de renseignements.

Héréditaire certain, cicatriciel probable, R... est un garçon taciturne qui répond clairement sur son passé. Il était déjà indifférent à tout comme aujourd'hui, étant jeune, comme il

l'était au régiment où il vivait seul, sortant rarement, même le dimanche. Il ne s'occupe de ses parents que si on le questionne, alors il s'attendrit tout de suite.

S'il a refusé d'obéir c'est qu'il ne pouvait pas faire ce qu'on lui demandait « c'est sa faute, et il faut bien qu'il soit puni ». Il parle d'une voix lente en s'observant. Il évite de parler de son refus d'obéissance, ne répondant pas quand on lui en parle. Il est docile à part cela, ne récrimine pas, mais il est défiant, craint qu'on « ne veuille le faire parler » et il a peur que cela ne lui nuise.

Il est calme, tranquille et doux, ne demandant jamais rien. Il mange peu, parfois ne touche pas à son repas. La nuit il dort peu, le jour il est presque toujours couché, ne lisant pas. Il est triste. L'opinion qu'on pouvait avoir sur lui était un peu hésitante, quand un jour il a profité de ce que la porte était ouverte pour aller dans la salle voisine et y a demandé « où étaient les Français » et cela à plusieurs reprises. Quelques jours après il a demandé « où l'on se battait et si les Prussiens étaient loins ». Comme on cherchait à le rassurer, il dit « qu'il a vu passer des soldats amputés, c'est donc qu'on s'est battu... » Il voudrait savoir « de quel côté est la France... » et il cherche des yeux son pays à la fenêtre. Un autre jour il se croit à Genève, il a vu des Prussiens dans le couloir. Un autre jour il s'est débattu contre les infirmiers qui voulaient lui passer une chemise propre.

Aussitôt après ces courtes phases d'agitation, il retombe dans son mutisme. Il écrit « c'est douloureux de mourir à 22 ans ». Il a des idées d'indignité : « c'est pénible d'abandonner sa famille, en lui laissant le plus grand des désespoirs » et ses préoccupations hypocondriaques : « j'ai les poumons engorgés, le ver solitaire, des palpitations de cœur, des rhumatismes... »

Et le Médecin-Major Bernard, écartant toute idée de simulation, conclut à de la dépression mélancolique chez un dégénéré héréditaire et le fit réformer. Qu'est-il devenu? Nous ne le savons pas.

C'est cet homme, ce mélancolique déprimé avec parfois sûrement des hallucinations ou des interprétations délirantes, auditives et visuelles, avec ces idées d'indignité et de culpabilité, ses préoccupations hypocondriaques, qui aurait pu passer pour un simulateur si son capitaine n'avait pas eu soupçon de quelque trouble mental et n'avait pas usé d'indulgence à son

égard ; c'est cet homme qui, si l'on n'avait pas insisté, restait « la mauvaise tête » qu'il paraissait être et serait passé au Conseil de guerre où il aurait été condamné, alors que peut-être ses troubles mentaux n'ont fait qu'évoluer chez lui et qu'il a peut-être versé dans la démence précoce. En tout cas, rien de caractéristique n'existait chez lui qui attirât l'attention sur la possibilité de ces troubles mentaux, autrement que cette indocilité, et encore une indocilité peu bruyante, pas méchante, qui correspondait à sa mélancolie, laquelle faisait de lui un apathique et non un révolté, malgré ses multiples refus d'obéissance, ce qui est tout à fait intéressant et même assez typique.

Observation N° 8.

Refus d'obéissance par un alcoolique halluciné et persécuté.

D..., 24 ans, était soldat depuis plusieurs années quand il fut mis en 1894 en prison pour refus d'obéissance à la suite d'un motif des plus futiles.

« Etant en manœuvres, il oublia, le 25 juillet 1894, ses pi-
« quets de tente, et en rendit compte pendant la marche à son
« capitaine qui lui prescrivit d'en faire fabriquer d'autres le
« plus tôt possible. Un cavalier, auquel un habitant avait remis
« les piquets de tente oubliés, les donna à un camarade de D...,
« lequel D... refusa de les reprendre. Il faut dire que ce cama-
« rade, pour faire valoir le service rendu (qui se réduisait à une
« simple commission), ne lui dit pas d'abord comment les pi-
« quets avaient été rapportés et aussitôt D... parut craindre
« qu'ils n'eussent été volés.

« Le lendemain D... refusa formellement au lieutenant
« de sa Compagnie de remettre ses piquets sur son sac et cela
« malgré la lecture du Code devant témoins... » Une plainte en Conseil de Guerre fut lancée contre lui.

C'est la disproportion manifeste entre un acte aussi grave et un motif aussi futile, et la présence aussi de témoignages paraissant suspecter l'intégrité des facultés mentales de l'inculpé, qui montrèrent au rapporteur en Conseil de guerre la nécessité de soumettre D... à l'examen mental.

Il n'en était pas à son premier conflft avec la discipline : il avait déjà beaucoup de punitions ; et, depuis quelque temps, il s'était mis à commettre des actes bizarres.

En réalité, c'est un alcoolique, buveur d'absinthe exclusivement depuis déjà longtemps. Et c'est aussi un héréditaire qui a des *idées de persécution.* Il a dit à plusieurs reprises qu'on l'attaquait la nuit dans son lit (peut-être avait-il en outre des hallucinations probablement visuelles surtout). Il était *extrêmement irritable*, ne pouvait rien supporter et se fâchait à tout propos et pour les motifs les plus futiles.

A l'*Asile* il a toute l'attitude et le langage d'un persécuté. Il a un faciès sournois, préoccupé, il parle très peu, et toujours avec de grandes réticences ; on finit par tirer des phrases qui donnent à comprendre que « l'on a commis des injustices à son égard ». Quand on insiste, il refuse de donner desexplications et devient très excitable, répondant avec arrogance aux différentes questions. Il y a longtemps, dit-il, « qu'il est attaqué », mais il ne veut pas dire par qui, ni d'où viennent ces attaques. Aussitôt que l'interrogatoire se précise un peu, il devient tout de suite hautain et orgueilleux.

Il reste tel pendant tout le temps de son séjour à l'Asile, avec les mêmes idées de persécution et la même tendance aux actes de violence. Il fit un séjour d'un an à Bron, puis fut transféré le 16 octobre 1895 à l'Asile de son département.

L'arrogance d'un persécuté est bien faite pour faire douter de son esprit de discipline, et il n'y a pas de plus mauvais soldat qu'un halluciné qui délire.

Observation n° 9.

Voies de fait envers un supérieur par un héréditaire alcoolique (Réserviste plusieurs fois condamné antérieurement par des Conseils de guerre).

A..., qui a 30 ans, faisait ses 28 jours au ... Régiment d'Infanterie, au mois d'août 1906, quand, à une des premières théories qui lui fut faite, ayant ri sans motif, son sergent lui intima l'ordre de se taire. Pour toute réponse il lui sauta dessus et « le tenant par la chemise et la cravate, lui aurait fait un mauvais coup car, dit-il, il n'a pas du sang de navet dans les veines ». Quelques instants plus tard son lieutenant voulant le sermoner, il lui donna un coup de poing dans le ventre : il est mis en prison et en prévention de Conseil pour « voies de fait envers un supérieur dans le service ».

Cet homme trapu, au front bas, aux cheveux asymétriquement implantés, à l'asymétrie faciale marquée, est un récidiviste de l'indiscipline et des Conseils de guerre. Il a un passé militaire chargé, aussi chargé que son hérédité en effet. C'est ce qu'il va nous dire avec précision, car il raconte assez bien sa vie.

Il est le fils d'une mère hystérique, morte à 32 ans (peut être de la poitrine) ? à la suite de mauvais traitements infligés par son mari. Son père est probablement un épileptique à crises rares, mais c'est surtout un violent qui bat sa femme et ses enfants ; c'est aussi un impulsif dangereux, car un jour qu'il essayait de séduire la jeune tante de 16 ans, — qui était venue remplacer la mère morte et élever les trois enfants qui restaient sur 8 — il lui porta deux coups de tranchet, l'un à la main, l'autre à la tête.

Son enfance fut mouvementée, et il arriva cahin-caha à 20 ans. *Pris bon absent,* sans être du reste allé tirer au sort, il est versé à Annecy, au 30me d'Infanterie. « En arrivant, il a été pris en grippe par tous ces individus » dit-il, sans préciser. Il est vite un habitué de la prison et quand il *déserte,* au bout de 17 mois, après s'être montré *injurieux et violent envers un supérieur,* il avait à ce moment 75 jours de prison, 289 jours de salle de police et au moins 150 jours de consigne. Les motifs sont évidemment divers, mais son indiscipline est de tous les instants. — Après 6 mois d'absence, il se rend, passe au Conseil de guerre à Grenoble, mais une expertise est demandée à son sujet. Il est mis en observation à l'Hôpital de Grenoble ; de là, comme l'examen ne parait pas lui avoir été suffisamment favorable, il est remis en prison, y fait 3 mois de prévention et est finalement *condamné à cinq ans de travaux publics.*

Il fait 2 ans à Bône, puis à Bougie ; grâcié d'un an pour sa bonne conduite, il vient terminer son temps de service en France. Il fait ainsi 15 mois à Montluçon et 3 à Clermont. Pendant ce temps il trouve le moyen de *passer encore deux fois au Conseil de guerre* « toujours pour les mêmes motifs » dit-il, d'injures et de violence ; acquitté par l'un, il est condamné par l'autre à la faible peine de 2 mois de prison. Il termina enfin sans encombre.

Mais depuis longtemps, il avait contracté des habitudes alcooliques ; bien avant d'aller en Afrique il buvait déjà, mais c'est là qu'il s'est mis à l'absinthe dont il buvait 7 à 8 par jour,

sans compter les nombreux petits verres d'alcool surajoutés. Et il a continué ces habitudes, qu'il avait cultivées d'une manière toute particulière pendant le mois qui précéda son départ pour sa période de réserve. « Il faisait la noce depuis 1 mois 1/2 avant d'arriver au régiment », dit-il, « quand il était trop saoul il allait se jeter dans le ruisseau », ajoute-t-il.

Après l'agression qu'il commit sur son sergent et son lieutenant il passe au *Conseil de guerre* en octobre et fut condamné ; mais pendant les débats il avait donné des signes d'une excitabilité vraiment pathologique car, non calmé par la détention et nullement arrêté par la crainte d'aggraver son cas, en pleine audience, il a menacé le même sergent (pendant qu'il témoignait) « d'avoir sa peau si jamais il le rencontrait ». C'est cette sortie et l'agitation dans laquelle il entra en voyant le sergent qui soulignèrent ce qu'il pouvait y avoir de morbide dans son cas.

A la prison, il manifestait une complète inaptitude au travail, son insoumission aux ordres était absolue, il résistait à toutes les punitions. Excité, il chantait, hurlait, dansait. Il en fut de même à l'hôpital Desgenettes où il continuait le même état d'excitation maniaque, se parant de bouts de rubans, de papiers de couleurs, se barbouillant la face avec de l'encre rouge ou de la mine de plomb.

Il dormait peu et passait les nuits à courir de salle en salle, cherchant à faire rire les malades.

A l'Asile : il est orienté, sait qu'il est ici en observation et reconnaît être alcoolique ; il sait très bien qu'une fois ivre il devient violent et ne sait plus ce qu'il fait. Il a des rêves zooptiques et professionnels terrifiants.

Outre l'aspect asymétrique de sa face, l'adhérence des lobules des oreilles, la voûte ogivale, tous petits signes peu importants, on note une conformation vicieuse de l'occipital qui parait diminuer le volume du crâne. Il a aussi une légère hypertrophie du corps thyroïde. La sensibilité est normale, les réflexes rotuliens sont exagérés légèrement ; il n'y a pas de tremblement des doigts, les signes d'alcoolisme sont legers ; rien aux pupilles.

A l'Asile il est tranquille pendant les 5 mois qu'il y passe. Mais il reste au début un peu incohérent.

Héréditaire, alcoolique, A... a présenté une crise d'excitation maniaque d'assez longue durée (d'août à avril suivant,

soit 8 mois). Impulsif, excitable, il est probable qu'il aboutira sans effort à la démence un jour ou l'autre. On le considéra comme guéri pour le faire sortir, et on lui rendit la liberté tout simplement, sachant bien que s'il retournait en prison la rechute serait rapide. Ce déserteur, cet indiscipliné est un fou dangereux.

Observation n° 10.

Indiscipline chez un excité maniaque (Psychose maniaque dépressive)

C... pouvait représenter le type de « l'excité » selon l'expression vulgaire, mais les troubles dont il était atteint avaient un caractère de gravité plus marquée.

Il était engagé pour 3 ans au 13me Chasseurs à cheval à Valence et y avait fait 16 mois de service quand il fut envoyé à Desgenettes. Mais il était loin d'avoir fait complètement son service jusqu'à ce jour. En effet, 2 mois après son arrivée au Corps, à la suite d'un écart de son cheval, il dut être hospitalisé du début de mai à la fin de juillet 1907 pour des phénomènes péritonitiques fébriles consécutifs au traumatisme et terminés par du purpura rhumatoïde.

Il eut ensuite 2 mois de convalescence. A son retour son maréchal-des-logis s'aperçoit vite que C... est plus déséquilibré qu'avant son accident pour ainsi dire; il souligne expressément que son attitude passa par deux phases bien distinctes :
« Une première dans laquelle C... observait un mutisme com-
« plet, à un degré tel, dit-il, qu'il était impossible de lui sortir
« une parole ; il arrivait au rassemblement dans une tenue
« déplorable, et les observations, les menaces, les punitions
« même ne lui faisaient rien. Trois mois plus tard, changement
« complet d'attitude, il devient turbulent, chante toute la jour-
« née, se lève à 3 heures du matin pour aller faire du pansage
« à son cheval, il arrive aux classes propre, mais devient brutal
« avec les chevaux qu'il monte et s'attire ainsi plusieurs puni-
« tions.

« Un jour il fut trouvé possesseur d'une douzaine de porte-
« monnaies et de couteaux, qui se trouvaient dans sa musette
« à pansage (tous objets qui avaient disparu de l'escadron
« depuis une quinzaine de jours) ».

L'incohérence de ses actes et surtout l'inconscience avec la-

quelle il les accomplissait, éclatait aux yeux de tous au régiment ; il était continuellement en mouvement toute la journée et sautait le mur chaque soir.

A l'Hôpital de Valence il s'échappait en détruisant tout ce qui faisait obstacle à son passage. Mis en cellule il en descelle les barreaux, etc... Il chante à tue-tête, fait tout le bruit possible, déchire couvertures et matelas. Et tout cela paraît être fait avec logique et préméditation « pour se venger, dit-il, de ce qu'on l'ait mis en cellule ».

On l'évacue sur Desgenettes ; son agitation continue.

Levé de très bonne heure chaque matin (et souvent avant l'aube) il errait dans les couloirs, volant tout ce qu'il pouvait saisir, détruisant pour le plaisir de détruire tout ce qui lui tombait sous la main. Commettant des gamineries constamment, il riait comme un enfant de ce qu'il faisait. Continuellement en mouvement, il ne cherchait que l'occasion de mal faire: un jour il sectionna incomplètement une grosse corde qui soutenait un poteau de maçons au risque de les précipiter dans le vide.

Il lui arrivait de ne presque plus dormir. Les gamineries ont été remplacées par des querelles avec ses voisins, des tentatives de violence sur ses camarades. Il est grossier, insulteur et il est impossible d'obtenir quoi que ce soit de lui, si bien qu'on fut obligé de l'isoler.

Déchireur, tout ce qu'il trouve est aussitôt lacéré, brisé, objets de literie, ustensiles de cuisine. Il déclare qu'il continuera tant qu'on ne lui donnera pas à manger et qu'il ne sortira pas.

Il passe son temps à hurler, chanter, insulter, et à gratter les murs. Il écrit beaucoup ; ses lettres portent sur les sujets les plus divers, les phrases se succèdent sans liaison apparente ; des cantiques alternent avec des sentences morales et des ordures qui découvrent des préoccupations sexuelles marquées.

On l'envoie à l'Asile le 18 juillet 1908.

C'est un grand garçon, très solide, avec une grosse tête ronde, au visage poupin, imberbe et rose. Il est d'une gaîté constante et qui s'irrite et s'emporte assez vite. Il s'occupe de tout sans suite et sans résultat. Il gâte tout ce qu'il touche, on n'a pas pu à l'Asile le laisser aider au jardin parce qu'il abîmait tout. Il parle sans fin, et fait tous les frais de la conversation, qu'il fait tourner aussitôt pour parler de lui et de ses préoccupations érotomaniaques.

Mais il a déjà été interné un an avant son entrée au régiment,

à l'asile de Clermont-Ferrand où il aurait présenté, dit le médecin, de l'automatisme ambulatoire, des hallucinations délirantes et des idées de persécution, se voyant en particulier hypnotisé et poursuivi par une femme de son pays.

C'est ce qu'il raconte en effet : « Il est envoûté par cette vieille « garce de Victorine la sorcière, la magnétiseuse. Quand il l'avait « vue le matin, toute la journée il était énervé et battait ses « bœufs qu'il aimait beaucoup pourtant, mais c'était la faute « à cette p... »

Il est parti plusieurs fois de chez lui sans savoir pourquoi, explique-t-il, il ne tenait pas en place et pourtant il s'entendait bien avec ses parents. Il est probable que cette instabilité l'a conduit à partir plus souvent sans qu'il en dise davantage.

Il est à noter que les parents de C... eux-mêmes, croient à l'influence de cette femme et s'imaginent que leur fils a été victime d'un envoûtement et peut-être l'ont-ils confirmé dans cette idée.

Il a l'air d'avoir échafaudé des idées de persécution érotique autour d'une soi-disant tentative amoureuse dont il aurait été l'objet de la part de cette femme de son village dont le nom revient constamment dans ses paroles et dans ses lettres. Peut-être n'est-ce qu'une interprétation délirante due à ses préoccupations sexuelles.

Ses lettres sont incohérentes, commencées par des banalités elles tournent vite à la gaîté et à l'amour comme peut l'exprimer un troupier illettré et se terminent par des phrases de chanson, du lyrisme de café-concert, toute cette fin écrite comme une page d'écriture d'enfant en grosses lettres égales, et il signe d'une écriture plus grande encore : « L. C. le *Foux* » (sic).

Il orne ses écrits de dessins ridicules, surtout de têtes de femmes d'une gaucherie idiote.

Le 30 octobre on le trouve très amélioré et on le laisse partir le 4 novembre suivant, sa sœur s'étant engagée à le diriger et à le surveiller.

Tel est cet homme qui ne dut de ne pas amasser très vite le maximum des punitions possibles pour sa mauvaise conduite, son attitude, ses réponses, son vol même, qu'à la particulière bienveillance qui s'attacha à lui dès son arrivée au régiment à cause de l'excès même de son bien visible dérangement cérébral. Avec ses phases alternées de dépression mélancolique et d'excitation

maniaques, cet intermittent a quand même accompli 10 mois de présence au régiment avant d'être mis dans la bonne route qui conduit à l'asile.

Observation N° 11.

Indiscipline chez un dément précoce (tuberculeux)

Le nommé F... est entré à l'hôpital le 12 octobre, venant de la prison militaire où il expiait une condamnation pour indiscipline.

Son père semble avoir été nettement alcoolique et, au dire de sa mère, était particulièrement sous l'influence de l'intoxication alcoolique au moment de la conception du sujet.

Il a 2 frères, dont l'aîné est facilement excité par l'alcool.

Un cousin-germain aurait succombé, à 40 ans, à l'asile de Charenton, d'une crise d'excitation maniaque apparue à la suite de mauvaises affaires.

Le jeune F... aurait montré dès son enfance une intelligence assez vive ; il remportait des prix dans sa classe, mais donnait déjà des preuves de ce caractère *vaniteux* si fréquent chez les dégénérés ; à l'école des Frères, il était, au dire de sa mère, impossible d'en obtenir quoi que ce soit autrement qu'à l aide de louanges et de compliments exagérés ; il n'était pas querelleur, *mais très violent*. A l'âge de 12 ans, il lui arriva de se sauver de l'école qu'il fréquentait, plutôt que de demander la permission pour aller dans sa famille un jour de fête.

Ayant acquis cependant une instruction convenable, il entra d'abord dans les chemins de fer à l'âge de 16 ans, puis au Crédit Lyonnais, mais ne put rester nulle part ; et, sous l'influence des exhortations de ses frères et de sa famille, il contracte un *engagement de 4 ans*. Un simple coup d'œil sur le relevé de ses punitions encourues au corps, montre la violence de son caractère et son *indiscipline*.

Aussi finit-il par être envoyé devant le *Conseil de guerre* qui le condamne à 18 mois de prison. Sa peine aurait expirée vers le milieu de novembre 1898.

Pendant l'accomplissement de cette peine, il continue à montrer un caractère exceptionnellement difficile et insoumis qui entraîna de fréquentes punitions de cellule.

C'est au cours d'un des derniers séjours qu'il fit en cellule que

seraient apparus les troubles mentaux pour lesquels il est en observation.

Sa mère étant venue le voir à la prison vers ce moment-là, ainsi que son frère, c'est à peine s'il les reconnut.

Mais une autre preuve plus ancienne de l'anesthésie affective présentée par F... résulte de ce fait que, au dire de sa mère, il n'aurait donné aucune nouvelle de lui à sa famille pendant toute cette période troublée de son existence, de sorte que c'est exclusivement par les journaux que celle-ci apprit sa comparution devant le Conseil de guerre et sa condamnation.

Nous devons, en passant, relever comme un fait très important l'apparition un an auparavant d'une adénite cervicale bi-latérale surtout marquée à droite et dont il subsiste encore des traces notables sous forme de tuméfaction ganglionnaire ; ces adénites n'ont pas suppuré.

Dès le début de son séjour à l'hôpital, F... présentait une agitation extrême avec cris, vociférations incohérentes, insultes et menaces, avec grincements de dents, morsures volontaires de la langue et gesticulations qui nécessitèrent l'emploi fréquent de la camisole de force. Il était en proie à une logorrhée incessante au milieu de laquelle il n'était possible de reconnaître aucune idée fixe, ni aucun délire spécial, ni aucune idée professionnelle.

Ces discours incohérents, ponctués de cris, duraient des nuits et des journées entières, de sorte que, à la longue, la voix devint rauque. Ces symptômes se manifestèrent d'abord d'une manière continue, puis par accès qui allèrent en diminuant de nombre, de durée et d'intensité. Ces symptômes s'accompagnèrent *d'amaigrissement rapide* et, dans les premiers temps, de refus de s'alimenter autrement qu'en présence du médecin.

F... n'a pas cessé, pendant son séjour à l'hôpital, même délivré de la camisole de force, de *gâter* dans son lit, et semblait se complaire dans cet état ; malgré des bains fréquents, son corps présentait constamment des traces de matières fécales ; un jour même la sœur le surprit consommant un morceau de pain largement imprégné de ses matières. Son état d'excitation ne cessa jamais complètement et était régulièrement exaspéré par la présence des médecins, des officiers, de la sœur, et même des gradés d'ordre subalterne, tel que le caporal infirmier-major de service. En revanche, il acceptait facilement le voisinage et les soins des simples infirmiers ou de ses camarades co-détenus ; certains d'entre eux avaient même réussi à acquérir une certaine

influence sur lui. Il fit plusieurs *tentatives de violence* sur les médecins, les sœurs et les élèves qui l'approchaient et qui reçurent plusieurs fois des coups de pied ou d'ongle, soit des projectiles qu'il avait à sa disposition, tels qu'assiettes de soupe, morceaux de pain, cuillers, etc...

Il n'a jamais eu ni fièvre, ni constipation, a mangé avec bon appétit et même avec *gloutonnerie* pendant toute la dernière période de son séjour à l'hôpital. Il fut difficile, par la suite, d'examiner physiquement F... en raison de son état d'agitation extrême. Mais sous ces réserves, les sommets de ses poumons et son cœur n'ont paru présenter aucune altération notable.

Le seul stigmate notable qu'il présentait était une atrophie relative du muscle grand pectoral du côté droit qu'aucune cause ordinaire (arthrite, etc...) ne permet d'expliquer.

Sa mère est revenue le voir ainsi que son frère les 20 et 21 novembre ; il ne les a pas reconnus et les a même fort mal accueillis. Il s'est précipité sur son frère et a tenté, paraît-il, de l'étrangler.

Le médecin-traitant, devant ces symptômes, l'envoie à l'asile de Bron.

En réalité, ainsi qu'on a pu s'en convaincre aisément, F... était atteint de *démence précoce* arrivée à la période terminale. Le terme démence précoce n'était pas d'un usage aussi courant qu'aujourd'hui au moment où le malade fut envoyé à l'asile ; mais sa démence était évidente comme sa nature tuberculeuse est probable (étant donné cette chaîne ganglionnaire, cette atrophie du pectoral, cet amaigrissement). Il n'est pourtant pas mort à Bron ; il a pu être, en février suivant, transféré à Saint-Robert (Isère).

Telles sont ces observations, dont l'ensemble peut constituer comme une revue de « *L'Indiscipline morbide* ».

Leur diversité et leur nombre prouvent suffisamment la fréquence possible de ce genre d'indiscipline, et imposent en tous cas, croyons-nous, la nécessité de connaissances psychiâtriques générales pour tous les médecins militaires, comme aussi la nécessité pour certains d'entre eux d'une spécialisation qui donnera à chacun les malades dont il a l'expérience.

Les aliénés militaires à l'asile de Lafond pendant une période de dix années, par le Dr Robert Mabille.

L'Asile de Lafond, en raison de sa situation, reçoit assez fréquemment des malades appartenant à l'armée de terre et à l'armée de mer. De plus, les fusiliers de discipline du dépôt d'Oléron sont parfois envoyés à l'établissement.

Il nous a paru utile de rechercher, dans un espace de dix années, les conditions qui ont présidé à ces admissions diverses.

En ce qui concerne les officiers admis dans les dix dernières années, la paralysie générale a fourni les 4/5e des affections constatées, la folie simple n'ayant été notée que dans un 15e des cas.

De même les sous-officiers, quartiers-maîtres rengagés, gendarmes, ont fourni une proportion à peu près identique de paralytiques généraux. J'ai noté plusieurs fois néanmoins l'existence, chez ces sous-officiers, de l'alcoolisme chronique.

L'examen des observations des soldats appartenant à la Guerre a relevé, dans 1/3 des cas, l'existence antérieure d'accès d'aliénation avant l'incorporation.

Je pourrais citer l'observation de deux soldats ayant été internés à deux reprises avant leur entrée dans l'armée.

Tous ces malades étaient des périodiques.

Dans 1/3 des autres cas, la débilité mentale était manifeste et se compliquait d'alcoolisme.

Les autres cas comprennent des aliénés atteints ou d'hystéro-épilepsie ou de folie simple. Dans trois cas, j'ai noté la démence précoce, et dans deux cas la simulation.

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer aux aliénés de l'armée de mer.

Je passerai sous silence les admissions fournies par les ouvriers des constructions maritimes, dont les 4/5es étaient atteints de paralysie générale.

Les aliénés provenant des compagnies de discipline méritent davantage de fixer notre attention.

Chez trois d'entre eux, j'ai pu établir l'existence d'accès d'aliénation avant leur entrée dans l'armée.

Les 4/5[es] de ces malades appartenaient au groupe de ces individus à caractère instable, d'une irritabilité énorme, procédant par actes impulsifs, capables de commettre les actes les plus dangereux pendant ces périodes. Puis l'accès terminé, ces malades rentrent dans le calme, s'excusent de leurs violences, pour retomber ensuite dans les mêmes errements. Chez un grand nombre d'entre eux, une fois l'accès de violence disparu, il restait le regret manifesté par eux de n'avoir pu résister à leurs impulsions.

L'un d'eux écrivait récemment la lettre suivante : » Je vous « écris ces quelques lignes pour vous demander si vous seriez « assez aimable de me pardonner ce que j'ai fait dimanche « dernier, car j'ai agi dans un terrible moment de colère, car « dans des moments comme ça, c'est plus fort que moi, je vois « rouge et je ne peux m'empêcher de frapper, car je ne vois pas « sur qui je frappe, je ne sais pas même ce que je fais dans un « moment comme ça. Enfin, veuillez être assez humain de me « pardonner ça ; je serais même prêt, si vous le désirez, à me « mettre à genoux pour en demander pardon devant M. le Sur- « veillant en chef, ainsi que le sous-chef, que j'ai frappés « dimanche dernier.

« Car en faisant ainsi, je leur montrerai que j'ai du cœur, et « que si je les ai frappés, ce n'est pas par méchanceté, ce n'est « simplement qu'un moment de colère et je regrette beaucoup « ce que j'ai fait. »

« *J'ai le cafard* », m'ont dit souvent ces aliénés.

Et par cette expression qui rend compte de leur état au moment des actes impulsifs qu'ils ont commis, ils expriment fort bien l'existence chez eux de troubles mentaux périodiques qui les mettent dans l'impossibilité de résister aux suggestions mauvaises qui viennent les assaillir pendant ces moments de trouble paroxystique. Il serait permis de se demander si, en présence de pareils troubles, il n'y aurait pas lieu, en raison de l'instantanéité des troubles morbides observés et de la violence extrême des accès, et bien que la mémoire des actes soit conservée, de penser à une manifestation psychique, sorte

d'équivalent, tels qu'on les rencontre chez les aliénés épileptiques ; mais je me hâte d'ajouter que chez aucun de ces malades, je n'ai constaté l'accès épileptique franc.

Un grand nombre d'entre eux sont des héréditaires et présentent des stigmates de dégénérescence physique.

Ce n'est d'ailleurs parfois que peu de temps après avoir été condamnés à subir l'incorporation aux compagnies de discipline que l'aliénation mentale dûment constatée se révèle chez quelques-uns d'entre eux.

Je citerai tout particulièrement l'observation de B...

« B..., Jules, 23 ans, entre à l'Asile de Lafond le 26 juin 1908.

» A son arrivée, B... nous raconte : J'ai 23 ans. Je viens de faire mon service. J'ai été envoyé aux compagnies de discipline au Château d'Oléron. J'avais fait sept ou huit absences illégales de cinq à six jours. Etant à Nice, *il m'est arrivé plusieurs fois de prendre le train et de partir pour Surgères sans permission.* Je savais bien que j'étais répréhensible, mais je ne pouvais m'en empêcher.

» Depuis mon retour à Surgères, j'ai beaucoup d'ennuis. J'ai frappé en effet Mlle G..., parce qu'un jour elle m'a fait un affront ; elle voulait me faire passer pour un être anormal, ce que je ne suis pas. C'est par ses actes qu'elle laissait supposer que j'étais anormal ; elle se moquait de moi, elle m'envoyait des boniments, ce qui n'était pas trop flatteur pour moi.

» B... écrivait dernièrement à son père : C'est par suite d'une grande méprise que je suis ici. J'ai eu des crises à la maison, c'est rapport à un guet-apens dont j'ai été l'objet. Ton fils est innocent ; c'est là un coup de politique. J'ai été victime d'une tentative *de chantage à la discipline*, et en arrivant à Surgères, j'ai été pendant toute la durée des élections pris à partie ; on a voulu me faire passer pour ce que je ne suis pas. Je ne suis ni un anormal, ni un déséquilibré. Fais le nécessaire pour me faire élargir, car en restant dans un pareil endroit je serais d'ici peu, par l'ennui, atteint de neurasthénie. Je ne sais ce que le pharmacien m'a donné à prendre, car depuis quelque temps j'ai de violentes diarrhées. »

» Actuellement, B... ne répond qu'avec effort aux questions qu'on lui pose. Fait quelques gestes stéréotypsé, se frotte le

nez constamment. Généralement concentré, il est atteint de dépression mélancolique avec phénomènes d'arrêt et de prédominance d'interprétations délirantes avec idées de persécution et d'empoisonnement.

» A noter dans ses antécédents : une grand'mère aliénée. Le malade porte des signes de dégénérescence multiples. A noter de plus, des périodes impulsives pendant lesquelles il menace de frapper le personnel. »

Il s'agissait évidemment chez cet homme d'un déséquilibré mental, lorsqu'il quittait à diverses reprises son régiment, partant de Nice brusquement pour arriver dans la Charente-Inférieure.

Placé à la compagnie du Château d'Oléron, cet homme, après sa libération et après un séjour de deux mois seulement dans sa famille, dut être interné, et il est actuellement atteint de troubles mentaux chroniques.

La simulation de l'aliénation mentale existe parfois chez ces disciplinaires ; j'en ai noté plusieurs cas ; mais chez tous il existait des tares profondes et, comme je l'ai indiqué plus haut, un état procédant par paroxysmes non simulés.

Dans les premiers mois de l'année 1909, j'ai eu la bonne fortune d'observer un soldat appartenant à cette catégorie.

Je vais en résumer l'observation, car elle me paraît fournir des renseignements utiles sur l'état mental réel de ces aliénés disciplinaires qui, à un moment donné, peuvent simuler la folie.

Emile A..., 20 ans et demi, né à Toulon ; entre à l'asile de Lafond le 3 février 1909.

Antécédents héréditaires : Père, chef ouvrier au port de Toulon. Buvait un litre de vin par jour, une absinthe avant chaque repas, ne s'enivrait jamais. Mort à 61 ans, de fièvres.

Mère, lessiveuse, colère, s'emportant à tout sujet, brisant les objets qu'elle trouvait à sa portée. Vers quarante-cinq ans, se fit arrêter dans une église pour scandale. Ramenée chez elle, elle y reste trois mois, pendant lesquels elle passa son temps à crier. Elle s'échappa une nuit pour aller se noyer. Elle fut alors conduite à l'asile de Pierrefeu par la police. Elle y mourut deux ans plus tard. Le grand-père maternel s'est suicidé.

Antécédents collatéraux : Une sœur morte toute jeune.

Une autre sœur suicidée à vingt ans par asphyxie. Se disait dégoûtée de vivre et prétendait entendre son père qui venait frapper à la porte et lui faire des reproches. Très colère et très nerveuse.

Antécédents personnels : A... prétend n'avoir jamais été malade pendant son enfance. Il ignore s'il a eu des convulsions, mais déclare avoir uriné au lit jusqu'à l'âge de 12 ans. Il perdit sa mère à l'âge de dix ans et fut élevé par sa sœur. Il fut habitué à mener une vie misérable, souvent même manquait de pain. Il quitta l'école à 12 ans, perdit son père à seize ans et sa sœur à dix-sept ans. Tout d'abord télégraphiste auxiliaire, il entra au port comme apprenti. A cette époque, il commença à boire : un litre de vin par jour ; café, deux apéritifs tous les jours.

Dès sa dix-huitième année, se trouvant trop seul et étant très malheureux dès la mort de tous ses parents, il prit un *engagement* dans la flotte.

« J'avais peur, dit-il, de voir ma sœur en rêve la nuit, et j'étais effrayé de coucher là où mes parents étaient morts. La nuit, étant éveillé, je voyais mes parents ; alors j'avais peur et je sortais dans la rue. Dès que j'étais dehors, à la lumière, je ne les voyais plus et je retournais alors chez moi.

» C'est ce qui me détermina à m'engager. Pendant mes deux premières années de service, étant toujours distrait, je me faisais réprimander et comme je répondais, j'étais toujours puni.

» J'ai eu un jour une *crise nerveuse et suis tombé sans connaissance* (?). J'étais à ce moment-là très malheureux, j'avais été puni de dix jours de prison. J'étais toujours préoccupé par la pensée que j'étais seul au monde. C'est pendant que je suivais mes pensées que j'étais toujours pris en faute et puni par mes chefs.

» Deux ans après mon incorporation, étant à Cherbourg, j'étais toujours obsédé par l'idée d'aller à Toulon sur la tombe de ma sœur. Cette tombe m'apparaissait toujours sale et inculte. J'empruntai alors de l'argent et partis. Il me semblait qu'on me parlait à l'intérieur de ma poitrine. « Il faut que tu ailles là-bas, me disait-on ». Je partis donc sans permission. Arrivé à Marseille, j'eus peur d'être porté déserteur et je fus

alors au bureau de la Place déclarer mon absence illégale. Il y avait alors six jours que j'étais parti. On me renvoya à Cherbourg, où je fis soixante jours de prison. A ma sortie de prison, je fus envoyé à la discipline à l'Ile d'Oléron.

» A l'Ile d'Oléron, dès le jour de mon arrivée, un caporal des compagnies de discipline, un voleur, m' « engueula ». Je ne savais plus que faire. Dix jours après, j'étais dans la cour, lorsqu'un caporal m'ordonna d'aller travailler ; je ne répondis pas. Il me donna une punition avec motif : refus d'obéissance. Ayant peur du Conseil de guerre, je me mis à ne plus parler, me promettant de rester toute ma vie sans parler. Mené alors en cellule, j'y restai cinq jours sans manger, voulant me laisser mourir de faim. Le sixième jour, on me mena à l'hôpital de Rochefort, où je suis resté un mois à ne boire que du lait. La nuit, je me mettais la couverture sur la tête pour ne pas voir mes parents morts.

» J'avais alors voulu me pendre. C'est la nuit que j'ai essayé, pendant que tout le monde dormait. Mais du plâtre tomba de la fenêtre où je me pendais et en tombant réveilla mes voisins qui me dépendirent. On m'envoya alors au cabanon, où je suis resté deux mois sans sortir. »

Plusieurs médecins l'examinèrent alors et on l'envoya à l'Asile de Lafond, où il fut admis le 3 février 1909.

Pendant les cinquante premiers jours de son internement, A... ne parla pas, s'occupant toutefois au ménage. Un malade ayant volé du fromage, il eut peur d'être accusé de ce vol. Ce même malade lui ayant, quelques jours après, volé du tabac, il entra dans une violente colère et se mit à parler. Le jour même, il nous écrivit une longue lettre dans laquelle il nous expliquait sa vie. Du reste, ces accès de violence se renouvelèrent à différentes reprises, sous l'influence des motifs les plus futiles.

Fonds mental : A... a été à l'école jusqu'à l'âge de douze ans. Il y travaillait bien, apprenant facilement l'histoire, dont il a conservé des notions précises. Lecture : normale. Le malade est atteint de blésité. Ecriture : bonne, sans aucune déformation. Calcul : A... a un souvenir précis des opérations simples d'arithmétique, qu'il fait sans faute.

4 + 7 = 11
11 — 7 = 4
5 × 8 = 40
4 × 12 = 48

L'attention est bonne et le malade répond sans hésiter aux questions qui lui sont posées.

Il ignore le nom du Président de la République ; ignore le mois, l'année. Dit être entré en 1908, alors qu'il est entré en 1909. Ne sait à quel mois commence le printemps, dit être en été. Sait qu'il est à l'asile de Lafond, mais ne sait pas le nom de la ville où est cet asile.

Le sommeil est troublé par des visions zooptiques, particulièrement par des serpents qu'il voit ramper. Pas d'hallucinations de l'ouïe.

Je n'ai trouvé chez ce malade aucun délire systématisé.

Examen somatique. L'état général est bon en apparence. Le visage est coloré et grassouillet.

La tête est grosse, mais ne présente pas d'asymétrie faciale nette. Le front est étroit.

Implantation basse des cheveux, qui sont blonds et abondants.

Pas d'angle naso-frontal. Le nez se continue directement avec la ligne du front. Les oreilles sont petites, non soudées et bien ourlées.

La bouche est petite et, signe important, ne peut se fermer. Cette impossibilité de la fermer paraît dû à l'accolement des grosses molaires qui sont très développées, et au prognathisme du maxillaire inférieur qui est très peu large. Les lèvres sont épaisses. La voûte du palais est très ogivale et très étroite à sa base. Pas de morsures à la langue.

Pas de déformation crânienne.

Pas de déformation du thorax, solide, bien musclé.

Le corps porte des tatouages nombreux. Une femme au miroir tient une partie du thorax et la partie supérieure de l'abdomen.

Sur le bras droit : tête de courtisane, tête de mousquetaire.

Sur le bras gauche : tête de femme, homme à la gamelle, papillons.

Sur le dos : femme-papillon ; homme arrêtant un cheval pour tuer une amazone qui le monte.

Examen des sensibilités. La sensibilité cutanée est conservée au contact ainsi qu'à la température sur les différentes parties du corps.

A la piqûre : anesthésie absolue de la face, des bras, des doigts, de leur extrémité, du cou, de la nuque, du thorax, du dos, de l'abdomen et de tout le membre inférieur. En un mot, anesthésie généralisée sur tout le corps.

Sensibilités profondes

Oculaire : nulle.
Trachéale : nulle.
Pharyngienne : très diminuée.
Epigastrique : très diminuée.
Testiculaire : conservée (peut-être un peu de retard).
Musculaire : abolie.
Osseuse : abolie.
Tendineuse : abolie.
Nerveuse (cubital) : abolie.
Le sens stéréognostique est conservé.

Examen des réflexes

Pupillaires { lumière, distance, convergence } normaux.
douleur pas de signe d'Erb.
Pharyngiens : abolis.
Abdominaux { supérieurs : abolis. inférieurs : abolis.
Crémastériens { abolis à droite. faibles à gauche.
Rotuliens : vifs des deux côtés.
Achilléens : —
Plantaires : 1° Au chatouillement :
à gauche : PC : faible = s'épuise vite.

PT : nul.
PD : existe par moments en flexion.
à droite : d°
2° Au grattage existent des deux côtés. La formule peut être établie ainsi :

$$\frac{\text{PC} >}{\text{faible}} \quad \frac{\text{PT} > \text{PD}}{\text{très faibles}} \quad (1)$$

Pas de trépidation épileptoïde.
Pas de Babinski.

Organes des sens — Vision : normale.
Pas d'achromatopsie.

Champ visuel : Le champ visuel est un peu rétréci et fermé en dehors pour les différentes couleurs.

Audition : Acuité auditive un peu diminuée.

Odorat : normal.

Goût : —

Génitaux : —

Les différents appareils : circulatoire, respiratoire, digestif, genito-urinaire sont normaux et n'offrent rien de particulier à signaler.

A..., s'est engagé volontairement dans la flotte. Puni dès le début de son incorporation pour inattention, il a fait des fugues qui l'ont conduit aux compagnies de discipline. Là, ayant refusé d'obéir, il simule le mutisme, tente de se suicider et est alors transféré de l'Hôpital de Rochefort à l'Asile de Lafond aux fins d'examen mental.

A l'Asile, il continue à simuler le mutisme et ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines que, poussé par les circonstances que nous avons énumérées au cours de cette observation, il se décide à parler et à écrire son histoire.

« Je dois d'abord vous dire, Monsieur, que j'ai toujours vécu dans la misère et que je ne sais pas encore ce que c'est que d'être heureux. Au début de ma vie, à l'âge de dix ans, j'ai eu le malheur de perdre ma pauvre mère qui était devenue

(1) PC - Planti crural.
PT - Planti tibial.
PD - Planti digital.

folle, elle est morte au bout de un an à l'Asile des aliénés de Pierrefeu.

« A la mort de ma pauvre mère, j'ai dû quitter l'école et travailler pour venir en aide à ma famille ; je rentrais donc comme facteur auxiliaire dans les postes, pour porter les télégrammes (quartier du Mourillon à Toulon).

« Pour m'assurer le travail, mon pauvre père me fit quitter cette place et me mit en apprentissage dans le port, comme charpentier ; il y a quatre ans, je perdais mon pauvre père après l'avoir gardé quatre mois en traitement à la maison, je restais donc seul avec ma sœur, sans aucun argent à la maison et criblé de dettes ; un an et demi après j'ai eu le malheur de perdre ma pauvre sœur qui, se voyant de plus en plus dans la misère, se donna la mort en s'asphyxiant à l'aide de charbon de bois.

« Depuis, restant seul sur le terre, accablé de chagrins, n'ayant plus de parents pour me conseiller, je m'engageais donc dans la Flotte pour cinq ans. Quoique jeune, j'ai le caractère aigri et vif, à la pensée de tant de malheurs qui m'ont frappé, et lorsqu'on me contrariait ou me faisait des reproches que je n'avais pas mérités, je m'emportais et étant en colère, c'est malheureux à dire, je ne sais plus ce que je fais ; après, je regrette bien, mais c'est trop tard.

« J'ai encouru plusieurs fois des punitions pour ces motifs-là, tels qu'absence illégale. Je suis passé devant un Conseil de guerre à Brest ; m'étant trouvé dans une bagarre, l'on m'avait renfermé au violon municipal, mais comme je ne faisais pas partie des batailleurs et que j'en étais pour rien, j'ai fait un trou à la porte et je suis parti ; le lendemain, on m'arrêtait à bord de mon bâtiment, on m'interrogea, on m'a demandé si je reconnaissais avoir brisé la porte, j'ai avoué et ai demandé l'indulgence au Conseil de guerre ; je fus condamné à trois mois de prison. Avec ces punitions-là, j'ai dû partir finir mon congé à la discipline.

« Me voyant réduit à ce point, voyant la vie insupportable, *je me suis mis dans un mutisme complet* ».

A... est un dégénéré héréditaire : son père était un alcoolique, sa mère est morte dans un asile, son grand-père mater-

nel s'est suicidé, ainsi qu'une de ses sœurs. Il est lui-même porteur de différents stigmates de dégénérescence et c'est sans doute poussé par une force irrésistible, en proie à des hallucinations de la vue et de l'ouïe, qu'il a fait des fugues.

Nous avons relaté, en outre, chez ce malade des stigmates appartenant à l'hystérie ou à l'hystéro-épilepsie et nous rappelons qu'il aurait eu une crise nerveuse à forme indéterminée au cours de laquelle il tomba sans connaissance. A noter, en outre, des hallucinations spéciales à forme zoopsique.

Il devient, dans ces conditions, difficile d'indiquer la part exacte de ce qui revient soit à la dégénérescence, soit à l'alcoolisme, soit à l'hystérie ou à l'hystéro-épilepsie. Et peut-être, ainsi que je l'ai indiqué précédemment, serait-on en droit de mettre à l'actif de la grande névrose, les emportements subits et les paroxysmes d'excitation qui surviennent si brusquement chez ce malade.

De plus, il a simulé le mutisme ; sa simulation a eu un motif sérieux, et de ce fait ne ressemble pas aux simulations morbides que l'on rencontre dans diverses formes mentales.

Néanmoins, les actes répréhensibles qu'il a accomplis au régiment, les impulsions qu'il a eues à l'Asile nous semblent bien être la conséquence de son hérédité et de sa dégénérescence indiscutables.

Aussi, bien que la simulation fut manifeste, le Docteur H. Mabille, mon père, pensa que l'état psychique de A... était incompatible avec la vie militaire et de ce fait que la réforme était nécessaire.

De nombreux cas semblables ont été rapportés par différents auteurs et les statistiques ont montré que les engagés volontaires fournissaient aux compagnies de discipline la plus grande partie de leur contingent.

L'état mental de ces soldats est souvent la cause de leur insoumission ; aussi serait-il nécessaire, comme l'indiquent les docteurs Granjux et Rayneau dans leur excellent rapport, sinon de faire subir aux jeunes conscrits et particulièrement aux engagés volontaires, un examen psychique à leur entrée au corps, au moins de faire une enquête sur les antécédents. Cet examen devrait être prescrit avant le renvoi du militaire

inculpé devant le Conseil de guerre, surtout lorsqu'il s'agit, comme nous l'avons indiqué, d'actes impulsifs à caractère presque périodique et de fugues à répétition.

Précocité des Réactions psychopatiques dans le milieu militaire, par M. Chavigny, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

En médecine mentale, les *Réactions* sont les actes anormaux que les aliénés commettent dans la société sous l'influence des troubles mentaux dont ils sont atteints. Ce terme de *Réaction* n'a donc qu'un sens médico-légal.

Les *Réactions* sont à la fois fonction du degré d'intensité des troubles mentaux et du nombre des obligations sociales. Dans une société primitive, rudimentaire, les *Réactions psychopathologiques* sont rares ou absentes. En l'état de civilisation compliquée de notre société actuelle, les Réactions sont forcément nombreuses. Lorsqu'on cherche une explication de l'accroissement du nombre des aliénés dans la population contemporaine, on devrait, pour une part, tenir compte de ce facteur spécial.

Dans le milieu militaire, les exigences de la discipline sont infiniment plus astreignantes que les devoirs généraux des individus dans la société civile. D'autre part, l'armée actuelle reçoit des individus plus tarés que ceux qui, jadis, formaient son contingent : l'intoxication alcoolique héréditaire ou personnelle est plus fréquente ; le surmenage mental héréditaire ou personnel a développé les tendances psychopatiques des « appelés » et surtout celle des « engagés ».

A ces individus, déjà plus vulnérables dès leur entrée au service, l'armée demande plus qu'autrefois : elle leur impose une instruction militaire plus intensive ; les obligations de toutes sortes se sont énormément multipliées ; il n'est pas jusqu'aux prescriptions hygiéniques, en apparence les plus rationnelles, qui n'imposent à tous des obligations journalières plus strictes, plus nombreuses, en somme plus surmenantes à des cerveaux plus débiles.

De multiples obligations plus exactes, il résulte forcément que les aliénés traduisent dans l'armée, d'une façon plus précoce, leur état de trouble mental.

Ceci ne surprendra pas les aliénistes civils qui savent que la période médico-légale prémonitoire est d'autant plus précoce chez leurs clients que ceux-ci occupent des fonctions plus délicates, plus compliquées. Un négociant, par exemple, aura déjà compromis gravement sa situation à la période de début d'une paralysie générale, tandis que s'il eût été un simple oisif, les troubles fussent restés longtemps insoupçonnés de son entourage.

Les conséquences de cette précocité dans la manifestation des troubles psychopatiques chez les militaires sont importantes et dignes d'attention :

1° En milieu militaire, le médecin se trouvera souvent aux prises avec des expertises difficiles parce que, aux périodes peu avancées de la maladie, les symptômes sont peu évidents, peu démonstratifs, faciles à confondre avec des troubles de caractère ou avec la simulation ;

2° La nature pathologique des *Réactions* peut, pour les mêmes motifs, échapper à l'entourage, aux chefs hiérarchiques, qui peuvent encore être tentés de recourir à des mesures disciplinaires, lorsque déjà une intervention médicale serait nécessaire ;

3° La méconnaissance de la nature de ces *Réactions* précoces a pour conséquences l'incorporation d'individus cérébralement inaptes au service, l'envoi possible en des corps disciplinaires de demi-malades cérébraux, même d'aliénés véritables. L'influence spéciale du milieu militaire se démontre de façon évidente par des *Réactions précoces spéciales*. (La fugue d'un rentier est qualifiée « Voyage d'agrément » d'un original ; la fugue pathologique d'un militaire devient justiciable d'un Conseil de guerre.)

D'autre part, on verra des *Réactions* nombreuses apparaître parmi les militaires à l'occasion d'une guerre, d'une mobilisation, quelquefois même, comme cela s'observe tous les ans dans l'armée, à propos des manœuvres d'été.

Les *Réactions* peuvent être précoces par rapport à l'évolution

de la maladie. C'est le sens naturel de ce terme ; mais elles peuvent aussi être précoces, eu égard au degré de gravité de la maladie, en ce sens que pour une affection toujours égale dans ses manifestations, une « Réaction » peut survenir pendant le service militaire, tandis qu'en d'autres conditions de vie, les mêmes accidents ne produiraient que des inconvénients médiocres, presque nuls.

Le type de ces maladies mentales à évolutions dont les manifestations primaires sont déjà des *Réactions* parfois graves chez les militaires, c'est la *Paralysie générale*. Cette affection survenant surtout chez des officiers, parfois chez des sous-officiers et chez des réservistes (question d'age), produit des incidents précoces dans la transmission ou l'exécution des ordres. On fera une comparaison instructive en se rappelant que dans les asiles, au dépot de la Préfecture de Police, on voit au contraire amener pour la première fois des paralytiques généraux parvenus à une période extrêmement avancée de leur maladie.

La psychose intermittente, dans ses manifestations peu accentuées, est la cause de *Réactions* qui, au début, se confondent pour la *forme maniaque* avec des actes d'indiscipline, d'esprit de révolte, tandis que la *Réaction-type*, dans la *forme mélancolique*, est le *Refus d'obéissance*. Dans la démence, à forme *hébéphrénique* surtout, les *Réactions précoces* prêtent à des confusions sans nombre.

Dans ces deux sortes de maladies prises pour types, la *Réaction* est bien réellement *précoce*, et c'est seulement, dans bien des cas, l'évolution ultérieure, qui permettra seule un diagnostic justifié.

Dans les états constitutionnels ou congénitaux de troubles mentaux, les *Réactions* seront déjà perceptibles dans le milieu militaire pour un assez grand nombre de formes bénignes qui, en milieu civil, eussent été insignifiantes : je pourrais signaler, parmi les obsessions des *dégénérés*, des *Réactions militaires* très spéciales : tel est le cas d'élèves d'une Ecole militaire qui ont préféré démissionner plutôt que de surmonter la phobie du cheval qui faisait pour eux de l'équitation, un supplice. Des impulsions dans ces formes mal délimitées qui sont proches

parentes de la *Dipsomanie* ou de la *Kleptomanie* ont valu aux auteurs de méfaits assez insignifiants, des condamnations graves.

Les perversions, surtout les inversions sexuelles ont, dans l'armée, des occasions plus faciles de s'exercer qu'en d'autres milieux ; mais elles exposent les pervertis, surtout les gradés ou officiers, à une répression que la justice civile ne connaît pas.

Les types frustes d'affections mentales donnent naissance aussi à des Réactions précoces. Les *psychasténiques* qui sont, si l'on veut, des demi-malades, à peine des malades même, ont des réactions en milieu militaire. C'est à des officiers psychasténiques, par exemple, qu'il arrivera d'être obligés de démissionner parce qu'ils sont incapables de donner un ordre ou de le faire exécuter (*abouliques*).

Des types précédents, il faudrait rapprocher aussi le cas des *tiqueurs*, ces petits *psychopathes* auxquels peut arriver l'incident survenu à celui qui est cité dans l'ouvrage de Meige et Feindel : Un colonel fait réformer un sujet engagé pour la guerre de 1870 parce que, pendant une revue, le tiqueur faisait d'autant plus de grimaces qu'il cherchait davantage à conserver l'immobilité.

Les *Réactions mentales précoces de l'épilepsie* pourraient enfin servir de transition pour passer insensiblement aux maladies latentes de toutes sortes, maladies dont l'importance médico-légale est extrême en médecine d'armée.

M. Régis. — Il y a juste vingt ans, en 1889, qu'avec la thèse de Lacausse (1) j'ai appelé l'attention sur le grave problème des aliénés dans l'armée et signalé ses points principaux : la fréquence de la dégénérescence et de la démence précoce chez les soldats, particulièrement chez les engagés volontaires ; la nécessité de l'examen psychiatrique des recrues ainsi que des prévenus militaires.

Depuis, je n'ai cessé de revenir sur ce sujet, notamment dans nos congrès, soit avec le médecin en chef Challan de Belval, soit surtout avec Granjux, si compétent et si dévoué pour tout ce qui touche à la médecine de l'armée.

(1) Lacausse. Les dégénérés psychiques au point de vue du service militaire. (*Thèse de Bordeaux*, 1889.)

C'est dire combien je me réjouis du plein succès du débat suscité au Congrès de Nantes par les rapports de Granjux et de Rayneau.

Ce succès, provient non seulement de la mise de la question à l'ordre du jour de notre programme, de l'heureuse désignation des rapporteurs et de la valeur de leurs travaux, se complétant si parfaitement l'un l'autre ; il est dû aussi et surtout à la présence significative, en ce Congrès, du distingué et sympathique professeur au Val-de-Grâce, Simonin, représentant spécial du ministre de la guerre, et à celle des nombreux médecins de l'armée qui l'accompagnent.

Tout cela présage que l'heure des solutions est proche. Nous pouvons dire aussi, je crois, que la psychiâtrie militaire est désormais fondée en France. Le Congrès de Nantes qui, à ce point de vue, marquera une date, lui aura permis de s'édifier sur la base de l'union parfaite des aliénistes et des médecins de l'armée.

***

Je n'ai pas l'intention, Messieurs, de suivre pas à pas nos rapporteurs dans toutes les parties de leur œuvre, si documentée et si précise, d'autant que je suis, à peu près en tout, d'accord avec eux.

Je me bornerai donc à de brèves considérations sur quelques points du sujet, après quoi j'aborderai l'examen des vœux qu'en leurs conclusions ils nous proposent d'émettre.

Un mot d'abord sur l'*alcoolisme.*

M. Rayneau nous a dit que l'alcoolisme diminue dans l'armée. Cela est tant mieux. Malheureusement le mal est grand encore, surtout chez les soldats d'Afrique et des colonies. Certains d'entre eux, il est vrai, buvaient déjà avant leur incorporation ; mais d'autres, en grand nombre, ont pris l'habitude de boire au régiment, ce qui est déplorable. Un exemple : à l'une de mes dernières leçons cliniques de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, sur le délire alcoolique, j'ai eu trois malades à présenter à mes élèves ; tous les trois, et c'est une particularité qui n'a pas manqué de les frapper, étaient, depuis

leur service militaire en Algérie, des buveurs d'absinthe et d'apéritifs.

Je crois donc qu'il n'est pas inutile, puisque nous discutons aujourd'hui dans un grand débat d'ensemble la question de l'aliénation mentale dans l'armée, d'appeler une fois de plus et tout particulièrement l'attention des pouvoirs publics sur l'alcoolisme qui, malgré les mesures déjà prises, n'en reste pas moins l'un des plus puissants facteurs de production et d'aggravation de la folie comme de la criminalité chez les soldats.

A cet égard, il importe encore de rappeler que le Code militaire considère l'ivresse comme cause aggravante de la délinquance. Cela serait juste si chacun était libre de s'enivrer ou de ne pas s'enivrer, de perdre ou de ne pas perdre la tête en s'enivrant : mais nous savons aujourd'hui que la tendance à s'intoxiquer par l'alcool, comme par d'autres poisons, est souvent déjà elle-même pathologique, voire héréditaire et que, comme on l'a dit fort justement, *ne s'alcoolise pas qui veut.*

Il faut d'ailleurs tenir compte des cas dans lesquels un soldat, affaibli par la fatigue ou la maladie, n'est plus à même de résister à la tentation ou de supporter la moindre boisson. Tel ce malheureux colonial, usé par quatorze ans de service et d'expéditions au loin, avec complication de paludisme, de dysenterie, d'insolation, qui, à la veille d'obtenir sa retraite, était poursuivi pour la seconde fois devant le conseil de guerre de Bordeaux, pour outrages et voies de fait en état d'ivresse et que j'ai eu récemment à examiner en qualité d'expert. Il m'a été facile de montrer que la propension à l'ivresse et son caractère violent, loin d'être chez lui une cause aggravante, n'étaient eux-mêmes que le résultat de la débilitation générale de son organisme, due à son long et pénible passé colonial. Et le tribunal militaire, entrant dans ces vues, vient de lui infliger une condamnation minima, ne supprimant pas ses droits à la modeste retraite pour laquelle il peine depuis près de quinze ans.

A côté de l'alcoolisme, je voudrais mentionner aussi la *syphilis* et insister sur les efforts à faire pour en préserver l'armée.

Il ne faut pas oublier, en effet, que la paralysie générale, cette maladie post-syphilitique par excellence, fait ses plus nombreuses victimes parmi les officiers, chez lesquels, comme

viennent de le confirmer MM. Antheaume et Mignot dans leur ouvrage si documenté sur les maladies mentales dans l'armée française (1), elle atteint la proportion de 25 à 30 p. 100 de l'ensemble des aliénés.

Il faut savoir aussi que beaucoup des paralytiques généraux que nous observons dans la classe ouvrière ont contracté la syphilis pendant leur temps de séjour au régiment. J'ai des documents très probants à cet égard.

En tenant compte de tous les autres facteurs qui peuvent intervenir chez les militaires, en particulier du traumatisme crânien dont l'action, adjuvante sinon efficiente, ne saurait être contestée, on peut dire sans crainte d'erreur que la plus grave des cérébropathies, celle qui frappe l'homme de déchéance mortelle à l'apogée de la vie, est fréquente dans l'armée parce que la syphilis y est fréquente et qu'elle y diminuera dans la proportion où, par des moyens prophylactiques appropriés, on y diminuera la syphilis.

J'aurai terminé ces observations préliminaires lorsque j'aurai dit un mot de la *simulation*.

Nous n'en sommes plus au temps, Messieurs, où l'on voyait un simulateur dans tout soldat présentant des signes d'extravagance, et nos confrères de l'armée admettent pour la plupart aujourd'hui ces deux notions bien établies de la psychiatrie moderne : que la simulation de la folie est relativement rare et qu'elle s'associe d'habitude avec un fonds réel de déséquilibration (sursimulation).

Il n'en est pas moins vrai que la simulation de l'aliénation mentale s'observe davantage en médecine légale militaire, surtout chez les soldats des bataillons d'Afrique, des compagnies de discipline et de l'armée coloniale, qu'en médecine légale civile. En vingt-cinq ans d'expertises devant les tribunaux ordinaires, je n'ai rencontré que deux simulateurs, l'un et l'autre nettement tarés. En dix-huit mois d'expertises devant le conseil de guerre, j'ai déjà vu deux cas de simulation complète, avec aveu final.

Je tiens à rappeler ici — j'ai déjà insisté antérieurement

(1) ANTHEAUME et MIGNOT. *Les Maladies mentales dans l'armée française*. Delarue, Paris, 1909.

sur ce point important — que le diagnostic de la simulation est particulièrement difficile chez le soldat, pour la raison que les états psychopathiques auxquels il est le plus fréquemment sujet, la dégénérescence et la démence précoce, ont des manifestations morbides qui peuvent très bien paraître simulées. La démence précoce surtout, avec ses attitudes et ses allures maniérées, ses éclats de rire moqueurs, ses phrases en coq-à-l'âne, à contresens, d'une absurdité comme voulue, est de nature à prêter à l'équivoque et réclame, de la part de l'expert, une compétence et une attention toutes spéciales.

J'ajoute que le fait, pour un inculpé, de se reprocher de simuler, n'implique pas forcément la réalité de la simulation. J'ai eu à examminer, il y a quelques mois, un disciplinaire d'Oléron qui, placé antérieurement dans un hopital militaire, avait été considéré tout naturellement comme simulateur parce qu'il prétendait avoir simulé l'hystérie, la neurasthénie, et divers actes de folie. En réalité, c'était un dément précoce dont l'auto-accusation était purement délirante et qui a dû etre interné dans un asile d'aliénés.

***

J'aborde maintenant la partie essentielle de ce débat, c'est-à-dire la discussion des vœux proposés par nos rapporteurs.

Ces vœux peuvent se diviser en trois catégories principales visant : 1° *l'examen mental des soldats à l'incorporation* ; 2° *l'expertise psychiatrique des inculpés militaires* ; 3° *l'enseignement de la psychiatrie dans la médecine de l'armée.*

Dans chacune de ces catégories de vœux je présenterai, sur certains points, quelques observations.

1° Je suis partisan, depuis longtemps, de l'examen mental aussi bien que physique de tout conscrit. C'est le but final auquel il faut tendre et nous devons l'indiquer dans nos conclusions.

Si, comme on me l'a maintes fois objecté, cet examen mental de chaque conscrit est actuellement impossible à réaliser, ce qui n'est pas bien certain, il faut tout au moins, en attendant, assurer le rejet des conscrits sérieusement tarés.

Nos rapporteurs réclament fort justement dans ce but, vous l'avez vu, des instructions ministérielles formelles obligeant d'une part, l'administration à faire connaître au conseil de revision les jeunes gens antérieurement internés, d'autre part, les maires à signaler les sujets notoirement déséquilibrés.

Ils réclament aussi l'examen mental des « bons absents » à l'incorporation.

Ces propositions sont excellentes et nous ne pouvons que les appuyer de toutes nos forces.

Mais il faudra que l'autorité militaire et en particulier que nos confrères de l'armée tiennent compte des renseignements ainsi acquis.

Soyons surs qu'ils le feront, puisqu'ils le font déjà de leur mieux. Personnellement, je suis intervenu à maintes reprises pour empêcher l'entrée dans l'armée d'individus que je considérais comme mentalement incapables de la servir et dangereux pour elle et je dois dire que le plus souvent mon avis motivé a été suivi. Parfois, cependant, je n'ai pas été écouté. J'avais délivré l'année dernière un certificat visant un jeune homme que je soignais pour excitation par accès, ce qu'on appellerait aujourd'hui cyclothymie a forme excitée. Or, malgré mon certificat, concluant à l'impossibilité, pour ce jeune homme, de faire son service militaire, il fut non pas réformé, mais versé dans le service auxiliaire, ce refuge de toutes les invalidités. Cette solution bâtarde ne fut pas heureuse, car peu après, mon sujet, surexcité et mis hors de lui par les punitions résultant de son impulsivite, prenait son capitaine en grippe et s'appretait à lui faire un mauvais parti. Prévenu à temps heureusement, je me hatai de mettre au courant de la situation le médecin du régiment qui, après observation, provoquait la mise en réforme de ce soldat. Nous empêchames ainsi, probablement, le meurtre pathologique d'un officier, qui ne se doutait de rien. Mais combien il eut été préférable de ne pas risquer pareille aventure, en fermant d'emblée les portes de l'armée, comme je le demandais, à cet excité dangereux.

S'il est utile de connaître la mentalité des conscrits appelés, il est bien plus indispensable encore de connaître celle des

engagés volontaires, puis que c'est parmi eux surtout que se rencontrent les déséquilibrés et les dégénérés. C'est là un fait aujourd'hui acquis et que, depuis Lacausse, tous les auteurs ont mis en évidence.

Il ne s'ensuit pas pour cela, naturellement, que tous les engagés volontaires soient des tarés et l'occasion est bonne aujourd'hui pour nous, de nous expliquer sur ce point délicat.

La vérité c'est que si l'engagement volontaire fournit à l'armée ce qu'elle a de pire, elle lui fournit aussi ce qu'elle a de meilleur.

C'est ainsi, par exemple, que l'Ecole militaire d'infanterie de Saint-Maixent, qui contient l'élite des sous-officiers, se compose en grande partie d'engagés. Voici que ce m'écrit, à ce sujet, son distingué commandant, le lieutenant-colonel Lavisse :

« En 1907-1908, l'école avait 155 engagés sur les 198 élèves, soit 78 p. 100.

» En 1908-1909, elle a 127 engagés sur 198 élèves, soit 77 p. 100.

» En 1908, dans le classement de fin d'année, 7 engagés se trouvent dans les 10 premiers et occupent les rangs : 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10.

» Pas de punitions à signaler ni de cas de désertion ou d'aliénation mentale chez les engagés

» Evidemment ceux que nous avons ici ont été sélectionnés. La plupart se sont engagés avec le désir de devenir officiers et sont entrés directement dans l'armée comme soldats, soit parce qu'ils avaient échoué à Saint-Cyr, soit parce que leurs études antérieures ne leur permettaient pas de concourir avec chances de succès et dans les conditions d'âge exigées pour l'admission dans cette école.

» Une minorité de jeunes gens parmi les engagés a choisi la carrière militaire après l'arrivée au régiment. Ce sont des indécis qui ont pris gout au métier, ou des jeunes gens qui ont vu s'évanouir leurs rêves détruits par des revers de fortune, des malheurs de famille ou tout autre accident.

» Enfin, quelquefois, des caractères mal équilibrés, agités ou turbulents s'assagissent, s'équilibrent, s'amendent ou se

corrigent. Fautes de jeunesse réparables. J'en connais de ces rescapés qui font d'excellents officiers.

» Et je conclurai volontiers comme vous : on trouve parmi les engagés de très mauvais et de très bons sujets. »

Ces explications fournies et cette mise au point faite, il n'en reste pas moins que beaucoup de tarés pénètrent dans l'armée par la voie de l'engagement volontaire.

Ces tarés, d'où viennent-ils ? Ce sont des déséquilibrés dont les familles n'ont rien pu faire et qu'elles forcent à s'engager ; ce sont de jeunes délinquants libérés, des pupilles difficiles et vicieux de l'Assistance publique, des dégénérés sortis d'asiles d'aliénés, de maisons de correction, de maisons de réforme, de tous ces établissements d'anormaux à qui l'armée sert, en quelque sorte, de déversoir et autour desquels est allé jusqu'à s'organiser un *patronage de l'engagement volontaire*.

L'armée a, jusqu'ici, accepté sans contrôle tous ces individus, si compromettants et si dangereux pour elle (1). De toute nécessité, il faut qu'elle se préserve de ce fléau.

Nos rapporteurs ont proposé un certain nombre de mesures à prendre à cet égard.

Granjux réclame la production, par tout candidat à l'engagement, d'un certificat médical établi de préférence par le médecin de la famille et constatant qu'il ne présente pas de troubles cérébraux caractérisés. En outre, un examen psychiatrique devra être pratiqué, dans chaque cas, par le médecin du bureau de recrutement.

Rayneau réclame de son coté : 1° un certificat médical attestant que le sujet est sain d'esprit : 2° une déclaration du maire de sa résidence établissant que la notoriété publique ne lui attribue aucune infirmité mentale ; 3° une enquete de la gendarmerie sur ses antécédents personnels et héréditaires, d'après un questionnaire. L'acceptation ne serait prononcée

(1) Voici ce que dit aujourd'hui de son fils le père de ce caporal X..., accusé de désertion et de vol d'un engin de guerre «... nous le considérions comme un deséquilibre. C'est un faible et un impulsif, une sorte d'amoral, un garçon au bon sens faussé... *C'est pourquoi, à la suite de frasques inimaginables, je le contraignis à s'engager, espérant que le service militaire lui serait salutaire.* » (*Le Journal*, 2 septembre 1909.)

qu'après vérification de ces pièces et un examen psychique sérieux.

Le certificat médical constitue ici, sans contredit, la pièce la plus importante. Mais pour avoir toute sa valeur, il faut qu'il émane d'un praticien non seulement compétent en ces délicates matières spéciales, mais encore libre de toute préoccupation et de toute contrainte. Ce n'est point le cas du médecin de la familllе qui va se trouver placé entre deux devoirs : celui de dire la vérité à l'armée, à la nation, et celui du secret qu'il doit à ses clients. Aussi parlera-t-il lorsque les parents d'un jeune dégénéré voudront l'empêcher d'entrer dans l'armée, et se taira-t-il lorsqu'il voudront, au contraire, l'y faire entrer. J'ai, par devers moi, maints exemples de ce genre que je pourrais citer. Et c'est ce qui, malheureusement, diminuera la portée de ce document technique.

Ces réserves faites, nous pouvons néanmoins réclamer la production de ce certificat, mais avec une modification des termes proposés par les rapporteurs. Lui demander d'attester simplement que le postulant ne présente pas de « troubles cérébraux caractérisés », c'est en effet trop peu, car les déséquilibrés et les dégénérés, ceux précisément qu'il s'agit d'éliminer, passeraient aisément par ce crible trop large ; et, d'autre part, lui faire constater que le candidat est « sain d'esprit », c'est trop, en tout cas trop vague. On pourrait adopter une autre formule, à la fois générale et explicite.

La déclaration du maire n'est pas passible de l'objection faite au certificat, car le maire, sans aucune obligation professionnelle vis-à-vis des familles, peut et doit dire ici la vérité tout entière. C'est ainsi qu'il agit du reste en bien d'autres circonstances, en ce qui concerne notamment ceux de ses administrés traduits en justice.

La déclaration du maire me paraît donc nécessaire ; j'ajoute qu'elle doit viser la mentalité connue, personnelle et familiale, du sujet, ses antécédents scolaires, professionnels, sa moralité, sa sobriété. J'insiste sur les *antécédents scolaires*, si souvent révélateurs précoces de tares psychiques incompatibles avec le service militaire : l'arriération d'esprit, l'instabilité, la tendance impulsive au vol, au mensonge, à la fugue, à la

violence. Le carnet sanitaire scolaire, lorsqu'il sera bien établi, rendra de grands services dans l'examen de tous les conscrits, au moment de la revision.

Je ne suis guère partisan d'une enquête spéciale de la gendarmerie, même sur questionnaire. Ou les gendarmes prendront çà et là des renseignements sur l'individu et ces renseignements n'auront ni la valeur, ni la précision de ceux fournis par le maire ; ou ils interrogeront les médecins et ceux-ci refuseront de répondre. C'est du reste ce qui se passe déjà aujourd'hui. Il m'est arrivé personnellement d'être interviewé par des gendarmes au sujet de conscrits à réformer. Or, si je n'hésite pas, lorsque je le crois juste et utile, à rédiger un certificat pour éclairer l'autorité militaire sur la mentalité d'un sujet, je ne consentirai jamais à dire à un gendarme des choses médicales, professionnelles, pour être transcrites sur son carnet.

Si j'ai discuté la valeur pratique des pièces médicales et extra-médicales réclamées par nos rapporteurs a tout candidat à l'engagement volontaire, c'est pour montrer que ces documents ne peuvent fournir que des présomptions, des probabilités, et que la formalité capitale de cette expertise psychiatrique est et doit etre l'examen direct pratiqué par un médecin militaire.

Il en va, Messieurs, en matière d'engagement comme en matière d'assurance sur la vie. C'est à la partie intéressée à se garer, par une sélection médicale rigoureuse, des individualités plus ou moins invalides qui sollicitent d'elles leur acceptation. Les compagnies d'assurances ont, pour cela, leurs médecins attitrés ; l'armée doit avoir les siens qui, se basant à la fois sur les renseignements fournis et sur les données de leur propre examen, formuleront en pleine connaissance de cause un avis autorisé.

Bien entendu, ces médecins militaires devront être spécialisés, sinon spécialistes, ce genre d'expertise réclamant une compétence et une expérience approfondies. Quant au résultat de leur enquête, il sera déclaré bon, mauvais ou douteux, et dans ce cas, un complément d'observation devra s'ensuivre, sous une forme à déterminer.

Lorsque les choses iront ainsi, les dégénérés les plus tarés, les plus dangereux seront forcément arrêtés au passage et l'on ne verra plus, comme je l'ai vu naguère, un de ces sujets, récemment sorti d'un asile d'aliénés, commettre un meurtre pathologique juste au moment où il s'engageait.

Il est vrai que nous allons réclamer désormais l'indication administrative des internements antérieurs. Mais cette mesure elle-même, de quelle utilité sera-t-elle lorsque le postulant entrera sous un faux nom dans la légion étrangère ? Le cas, est paraît-il, assez commun. D'après un renseignement qui vient de m'être fourni, il existerait, à l'asile Saint-Pierre, de Marseille, une quarantaine d'aliénés provenant de la légion étrangère qui, presque tous, après avoir été réformés pour troubles mentaux, s'étaient de nouveau engagés, souvent à plusieurs reprises, à la Légion. L'un deux, avant de s'engager avait déjà fait, à dix-neuf ans, six entrées dans divers asiles d'aliénés.

2° *L'expertise mentale* des inculpés militaires est un des points sur lesquels nos rapporteurs ont le plus justement insisté.

Ils préconisent l'examen de tout individu en prévention de conseil de discipline et de conseil de guerre.

C'est, vous ne l'avez pas oublié, le vœu même que j'ai présenté, d'accord avec Granjux, à notre Congrès de Marseille, il y a dix ans, et que vous avez fait vôtre.

Il est intéressant, à ce sujet, de se reporter à la discussion qui a eu lieu les 10 et 11 juin derniers à la Chambre des députés, à propos de la loi sur la suppression des conseils de guerre permanents. On y voit, de la part de tous, la tendance très nette à l'adoption de l'expertise obligatoire. Finalement, il a été décidé, vous le savez, de s'en remettre à un règlement ministériel du soin d'organiser les choses au mieux. L'heure ne saurait donc être plus propice pour échanger nos vues et pour fournir aux administrations compétentes, à la veille de cette réglementation délicate, quelques suggestions utiles.

En ce qui me concerne, je crois que, fidèles à notre opinion antérieure, nous devons persister à demander l'examen mental de tout inculpé militaire.

Cela ne veut pas dire, assurément, que nous considérions

tous les délinquants comme des aliénés et que, dans notre pensée, l'expertise doive aboutir chaque fois à une conclusion d'irresponsabilité

Cela veut dire qu'il n'y a qu'un moyen d'éviter la grave erreur, — si commune hélas ! surtout en justice militaire — consistant à condamner un malheureux malade, c'est de soumettre tous les inculpés à une sorte de vérification psychique.

Il va de soi que cette vérification varierait d'importance suivant le cas et qu'elle ne comporterait la grande expertise médico-légale que lorsqu'il y aurait lieu.

Ce serait là, en quelque sorte, une expertise à deux degrés : au premier degré, examen mental de tout inculpé militaire ; au second degré, expertise complète de ceux que la première observation aurait désignés comme suspects de trouble mental.

Ainsi que l'ont très instamment soutenu certains députés, cette obligation de l'expertise devrait être inscrite dans la loi, au moins en principe, sauf à la réglementer ultérieurement en ses détails par des dispositions administratives appropriées.

Il se saurait y avoir d'objection à cela. La seule qu'on ait pu faire à la Chambre, c'est que l'expertise obligatoire n'existe pas devant les autres juridictions. On conviendra que ce n'est pas une raison suffisante, pour repousser un progrès, que de constater qu'il n'est pas réalisé ailleurs, et la justice militaire, si qualifiée pour adopter une mesure de ce genre en raison des formes si multiples et du caractère si fréquemment morbide de sa délinquance, s'honorerait en montrant la voie, à ce point de vue, à la justice civile.

Par qui et comment devront être faites les expertises psychiatriques dans l'armée ?

Je n'hésite pas à le dire : par les médecins militaires, mais par des médecins militaires spécialisés.

A l'heure actuelle, on exige du médecin militaire qu'il sache tout, non seulement la médecine et la chirurgie générales, mais encore les spécialités, y compris la plus spéciale de toutes, si l'on peut dire, la psychiatrie, et on les astreint à se prononcer *de plano* sur les plus délicats problèmes de la mentalité et de la responsabilité humaines.

Comment s'étonner si, malgré leur haute valeur professionnelle et leur scrupuleuse conscience, ils n'atteignent pas toujours la vérité cherchée ? Est-ce leur faute si leur expérience n'égale pas celle des spécialistes en des matières qu'on ne leur a jamais enseignées ?

Voici deux exemples de nature à bien montrer la nécessité d'une compétence particulière, en fait d'expertise mentale dans l'armée.

J'ai eu à examiner récemment un engagé volontaire qui, malgré son vif désir d'être soldat, n'avait cessé de s'enfuir depuis son incorporation et était poursuivi pour désertion à l'étranger. C'était un type de déséquilibré, de dégénéré, sujet depuis l'enfance à des impulsions irrésistibles se manifestant tout particulièrement sous forme de propension, par accès, à la fugue. Je conclus à son irresponsabilité. Conformément à mon avis, il fut l'objet d'une ordonnance de non-lieu et finalement réformé (1).

Or, avant mon expertise et entre deux fugues, ce jeune homme avait été hospitalisé et soumis à l'examen d'un médecin militaire qui, après quelques jours d'observation, constatant qu'il était intelligent, raisonnait bien, répondait et obéissait très nettement et de façon sensée, crut pouvoir conclure qu'il était entièrement responsable de ses actes.

En réalité, derrière la lucidité d'esprit, existait chez lui un état pathologique complet de la volonté.

Le second cas a eu des suites plus fâcheuses.

Il s'agit encore d'un engagé qui, pour la seconde fois, passait en conseil de guerre pour vol militaire. Malgré mon rapport établissant que c'était un déséquilibré, débile d'esprit, présentant une tendance morbide et marquée à la rêverie, au mensonge, au mysticisme religieux et spirite, et concluant à une responsabilité notablement atténuée, il fut condamné à deux ans de prison.

A l'expiration de sa peine, d'ailleurs diminuée, son père a demandé qu'en raison de sa débilité mentale et de son impul-

(1) E. RÉGIS. Les fugues militaires au point de vue médico-légal. *Le Caducée*, 1909.)

sivité il ne fût pas envoyé aux bataillons d'Afrique, mais gardé en France, dans des conditions permettant de le mieux surveiller moralement. J'ai à nouveau insisté, dans un certificat à l'appui, sur les tares pathologiques de ce jeune homme et sur les dangers pour son état psychique, de son envoi aux bataillons d'Afrique.

Aux démarches faites, il a été répondu par le ministre : « Que d'après les renseignements fournis par l'autorité militaire locale, après examen médical approfondi, le soldat X... n'avait paru présenter aucune tare physique ou mentale et devait être considéré comme responsable de ses actes ; que, dans ces conditions, sa présentation à la commission de réforme était jugée inutile et qu'il serait envoyé dans un bataillon d'Afrique. »

Je ne sais si le médecin militaire qui a examiné ce jeune homme a eu en main tous les renseignements nécessaires et en particulier mon rapport médico-légal et mon certificat, comme cela eut du être. Je n'oserais l'affirmer. Mais, ce qu'il y a de certain, c'est que voilà un malheureux taré, sérieusement taré, qui, pour guérir de ses tares, va être envoyé dans le milieu le plus propre à les accentuer, chez les Joyeux.

Je le répète donc : les expertises psychiatriques militaires doivent être faites par des médecins militaires, mais par des médecins spécialisés. Nous verrons plus loin comment on les pourrait former.

En attendant, il est indispensable, pour l'armée, de faire appel au concours des spécialistes civils, agissant soit seuls, soit de préférence de concert avec les médecins militaires. C'est la formule même de notre vœu du Congrès de Marseille. C'est ce qui se pratique actuellement depuis la circulaire de M. Chéron, du 16 novembre 1907.

Quelques-uns de nos confrères de l'armée ont pu prendre ombrage de cette circulaire et penser qu'elle ne tendait à rien moins qu'à doter desormais les psychiatres du dehors d'attributions médico-légales leur revenant de droit.

Non. Il s'agit simplement ici d'une collaboration et d'une collaboration à mon sens temporaire, limitée à la période actuelle de transition. Les expertises psychiatriques mili-

taires appartiennent à nos confrères de l'armée et doivent un jour, lorsqu'ils aussi auront des psychiatres, leur revenir intégralement. Mais en attendant, ils ne peuvent qu'applaudir et ils applaudissent, j'en suis sûr, à une mesure transitoire destinée à leur donner des collaborateurs uniquement désireux de faciliter leur tâche en une de ses parties les plus délicates et les plus spéciales.

L'expertise psychiatrique pourrait se faire soit dans les prisons, soit de préférence dans les hôpitaux militaires.

Et, à ce propos, j'insiste avec force sur la nécessité de créer ou d'organiser, sur les meilleures données actuelles, comme Ewald Stier l'a demandé en Allemagne, un service de psychiatrie dans les grands hôpitaux militaires. Ce service recevrait tous les sujets de la circonscription en observation ou en traitement pour troubles mentaux. Dirigé par les psychiatres militaires, desservi par des infirmiers également spécialisés, il constituerait, à l'instar des services analogues existant dans certains grands hôpitaux, français et étrangers, un milieu excellemment approprié pour l'étude médicale et médico-légale des délirants, en même temps qu'un incomparable élément d'instruction spéciale pour tous les élèves intéressés.

3° Ceci m'amène à la troisième partie des vœux que nous désirons émettre, ceux qui concernent *l'enseignement psychiatrique* des médecins de l'armée. C'est là, on peut le dire, la base même de la réforme à accomplir, car étant d'essence médicale, elle repose naturellement tout entière sur l'intervention prépondérante et constante du médecin. Il faut donc, pour qu'il soit à la hauteur d'une tâche aussi difficile, mettre ce médecin absolument à même de la remplir.

Avant de résumer à grands traits comment on peut comprendre le plan d'un tel enseignement, je voudrais rappeler d'un mot l'utilité qu'il y a à faire tout d'abord, sur ces points, l'éducation des officiers eux-mêmes. Il ne s'agit pas, bien entendu, de leur enseigner la psychiatrie. Ce serait ridicule. Il s'agit simplement de leur montrer, en quelques notions simples, claires et précises, qu'on peut accomplir un délit

militaire ou de droit commun sans être réellement coupable et uniquement parce qu'on est malade.

Si je crois devoir dire cela ici, c'est parce que, dans le domaine militaire, l'officier est, en quelque sorte, au soldat ce que le maître est à l'élève dans l'enseignement proprement dit ; parce que c'est lui qui est appelé à apprécier l'intelligence, le caractère et la conduite de chacun de ses hommes et à les noter ; lui — et vous sentez en l'espèce l'importance du fait — qui rédige le premier rapport sur le délit commis et donne sur l'acte et son auteur une appréciation destinée naturellement à influer sur l'instruction et parfois aussi sur l'expertise.

L'officier joue donc en criminologie militaire, un rôle trop important pour qu'on ne lui fournisse pas, à cet égard, toutes les indications spéciales dont il a besoin.

Tant qu'il pourra croire qu' « au premier délit, l'armée a simplement à rechercher les circonstances atténuantes et aussi à sévir », que « la récidive seule motive une enquête psychologique », qu' « on prévient par l'exemple répressif la propagation des fautes », enfin qu'un soldat condamné, « s'il est véritablement idiot, ne peut trouver pour faire constater son état de milieu plus approprié que la prison », comme me l'écrivait récemment un officier supérieur des plus distingués, il aura forcément tendance à voir, dans tout soldat délinquant, si irresponsable soit-il, un coupable, qu'il faut punir pour lui-même et pour l'exemple.

Donc, sans faire de la psychiatrie scientifique aux officiers, sans vouloir en quoi que ce soit les pousser à sortir de leurs fonctions et à se transformer en experts, il importe de leur expliquer, de façon élémentaire, qu'il y a des délinquants malades et que, dans la mesure où cela leur est possible, ils ont pour devoir de les reconnaître et de les signaler au médecin.

Voici, par exemple, ce que je disais l'année dernière aux élèves de l'Ecole militaire d'infanterie de Saint-Maixent, dans la conférence que j'ai eu l'honneur de leur faire : « La fugue dans l'armée donnant lieu à l'absence illégale et à la désertion, vous comprenez, Messieurs, l'importance qu'il y a pour vous à savoir qu'elle peut être et qu'elle est souvent l'expression

d'un état pathologique, d'une propulsion irrésistible. Ne vous hâtez donc point de livrer aux rigueurs des règlements militaires tous ceux de vos hommes qui s'enfuient ; examinez soigneusement chacun d'eux ; consultez son dossier psychologique ; analysez les causes, les caractères, les circonstances de son escapade, le souvenir qu'il peut en garder, les précédents qu'elle a pu avoir, surtout à la période scolaire, et s'il vous paraît que le cas est nettement morbide ou seulement douteux, n'hésitez pas à le soumettre à l'observation médicale ; vous aurez, en toute conscience, et avec un esprit de justice mieux éclairé, rempli votre devoir. » (1)

Tenir un tel langage à de futurs officiers de l'armée, ce n'est pas, je crois, faire œuvre scientifique vaine, mais œuvre de vulgarisation pratique et j'ajoute, nécessaire.

J'en reviens maintenant à l'éducation psychiatrique des médecins militaires, point capital de la question.

Il y a déjà longtemps, vous le savez, Messieurs, qu'on réclame un stage obligatoire de psychiatrie pour tous les étudiants, sans exception, et puisque l'honorable M. Paul Brousse, député de Paris, toujours si dévoué à tout ce qui nous intéresse ou qui nous touche, assiste à cette séance, laissez-moi vous rappeler ce qu'il disait en 1897, dans son rapport au Conseil général de la Seine : « Il est monstrueux que l'étude de l'aliénation mentale ne soit pas une partie obligatoire de l'enseignement de la Faculté de médecine. On peut être docteur, agrégé, professeur même, sans en savoir un mot ! Cela, d'ailleurs, paraît d'autant plus étrange que ce médecin qui a le droit d'ignorer la science du diagnostic de la folie détient le pouvoir, par son nom mis au-dessous d'un petit certificat, de vous faire interner dans les vingt-quatre heures. »

Or, si le stage psychiatrique devrait être obligatoire pour les étudiants civils, avec combien plus de raison encore devrait-il l'être pour les étudiants militaires ! Dans nombre de pays étrangers, comme l'a indiqué Sérieux, les médecins militaires figurent parmi ceux qui reçoivent une instruction psychiatrique spéciale et plus étendue.

(1) E. Régis. *L'officier dans l'hygiène mentale du soldat.* H. Ch. O. Lavauzelle, 1908.

En France, rien n'est réglementé à cet égard, et la seule instruction psychiatrique que reçoivent nos futurs médecins de l'armée est celle qui leur est donnée, dans des conditions bien insuffisantes, par les cliniques de Lyon et de Bordeaux.

Nous devons donc demander, comme première réforme indispensable, que, désormais, tous les étudiants en médecine militaire, de terre, de mer ou des colonies, soient astreints à une étude sérieuse des maladies mentales, avec stage obligatoire.

L'occasion est d'autant meilleure pour cette revendication, que la réforme des études médicales est actuellement à l'ordre du jour. Chargé par l'Association des membres du corps enseignant des facultés de médecine, du rapport spécial en ce qui concerne la psychiatrie, j'accueillerai avec reconnaissance tous les renseignements et tous les bons avis qui pourront m'être communiqués sur le point particulier qui nous occupe.

L'instruction ainsi donnée aux étudiants militaires serait naturellement complétée par l'organisation ou le perfectionnement d'un enseignement du même genre dans les écoles d'application du Val-de-Grâce, de Marseille et de Toulon, où existent de précieux éléments cliniques non plus seulement de psychiatrie générale, mais aussi et surtout de psychiatrie militaire spéciale, j'entends par là tous les cas médicaux ou médico-légaux que peuvent comporter les psychoses métropolitaines et coloniales, chez les officiers et chez les soldats.

Tel est, dans ses grandes lignes, le programme de l'enseignement psychiatrique à donner, dès maintenant, à tous les futurs médecins de nos armées.

Reste à s'occuper de la formation des spécialistes.

Il est certain que, dans l'ensemble des élèves, quelques-uns, plus nombreux peut-être qu'on ne le croit, manifesteront un goût tout particulier pour l'étude et la pratique de la psychiatrie. Je suis assez bien placé pour assurer que, parmi les générations d'étudiants de la marine et des colonies qui se succèdent tous les ans à la Faculté de médecine de Bordeaux, plusieurs ont des aptitudes de psychiatrie remarquables, qu'ils seraient heureux de cultiver.

Ce sont ces étudiants qui formeront les spécialistes dont l'armée a besoin. Donnons-leur les moyens de le devenir.

Autorisons-les, pour cela, à se perfectionner par des stages suffisamment longs dans les cliniques des facultés et dans les services de psychiatrie à organiser dans les grands hôpitaux militaires. Facilitons-leur l'accès des concours et des diplômes spéciaux, jusques et y compris l'agrégation de psychiatrie, qui vient d'être instituée il y a à peine quelques jours.

L'armée aura alors ses experts psychiatres, offrant toute compétence et toute garantie, auxquels elle pourra confier, en pleine sécurité, et sans l'aide, désormais inutile, de spécialistes civils, les tâches nombreuses et difficiles relevant de la spécialité, c'est-à-dire : l'examen des conscrits suspects, en particulier celui des candidats à l'engagement volontaire ; l'expertise psychiatrique des militaires en prévention de conseil de discipline ou de conseil de guerre ; l'inspection mentale des prisonniers militaires ; la direction des services de psychiâtrie des grands hôpitaux militaires, et, s'il en existe un jour chez nous, comme dans certains pays étrangers, des asiles d'aliénés militaires.

Inutile d'ajouter qu'une organisation pareille rendrait d'immenses services en cas de guerre, soit européenne, soit coloniale. L'exemple récent des nos amis russes en Mandchourie, que Roubinovitch rappelait encore ce matin, est là pour montrer la nécessité de prévoir une assistance des délirants et aliénés dans tous les grands conflits militaires de l'avenir.

Tout cela, Messieurs, n'est ni rêve, ni utopie, ni chimère ; tout cela est réalisé déjà, de façon plus ou moins complète, à l'étranger.

Permettez-moi à ce sujet, et pour finir, de vous citer un document.

Le docteur J.-A. Romeyn, médecin de 1re classe, spécialiste en psychiatrie pour l'armée hollandaise, écrivait, le 14 mai 1906, à notre distingué confrère le médecin-major Chavigny, une lettre tout à fait intéressante, de laquelle j'extrais les renseignements suivants :

« ...En 1904, une nouvelle circulaire fut expédiée, décrétant qu'il y aurait deux médecins militaires spécialistes de psy-

chiatrie et de neurologie pour l'armée, les docteurs J.-W. Deknatel à Breda, et J.-A. Romeyn à Arnhem, tous les deux aussi médecins des prisons de l'Etat de ces villes.

» Tout cas douteux de maladie mentale ou de simulation serait immédiatement mentionné et annoncé au général major inspecteur, qui prendrait des mesures, soit pour l'évacuation des malades aux hôpitaux militaires de Breda ou d'Arnhem, soit pour la possibilité de consulter sur place un des médecins spécialistes. La demande de la consultation doit être accompagnée d'une liste comme celle qui est adjointe ici.

» Aux militaires de l'armée aussi une communication fut faite, qu'ils pourraient, en cas de besoin, disposer des services de mon confrère Deknatel et moi, dans tout cas douteux d'aliénation mentale et dans tous les cas où des punitions sévères sont infligées, en recommandant de demander cet avis sitôt possible.

» La situation est ainsi, à présent, telle.

» Il y a deux médecins militaires spécialistes de psychiatrie et de neurologie.

» A peu près toutes les grandes garnisons et toutes les grandes prisons de l'Etat ont un médecin militaire qui a fait un stage à Amsterdam ou à Leyde pour l'étude de la psychiatrie. Les stages d'un an continuent toujours.

» M. le ministre de la guerre, M. Staal, m'a dit un de ces jours qu'il lui semblait bon de faire passer à un ou deux des officiers de santé un ou deux ans à une université de l'étranger. Je nommai Berlin (Ziehen) ou Bordeaux (E. Régis) pour procéder dans l'étude de la psychiatrie et des maladies mentales, avec attention particulière pour les besoins de l'armée. »

Je suis personnellement extrêmement flatté de cette désignation du docteur Romeyn, que je n'ai pas l'honneur de connaître, et je me déclare prêt à faire le meilleur accueil, dans mon trop modeste service d'enseignement, aux psychiatres militaires, hollandais ou autres, qui croiraient pouvoir y trouver quelque élément complémentaire d'instruction. Et, m'emparant à mon tour de son idée, je demande que les psychiatres de l'armée, dont nous réclamons instamment la formation, soient autorisés à faire des stages spéciaux non seulement en

France, mais encore á l'étranger. Nous n'aurons plus rien alors à envier à personne sur ce point où, comme sur tant d'autres, nous nous sommes malheureusement laissé dépasser.

Jude, médecin-major. — Dans leurs rapports, MM. Granjux et Rayneau ont bien voulu mentionner la proposition que j'avais faite à propos des Bataillons d'Afrique, d'examiner pendant trois mois d'une façon toute spéciale, au point de vue mental, les militaires nouvellement arrivés au corps.

Des renseignements personnels récemment reçus d'officiers attachés à des parquets militaires, viennent à l'appui de ma proposition, qui peut s'appliquer à tous les corps spéciaux d'Afrique, bataillons, compagnies de discipline, ateliers de travaux publics, pénitenciers.

D'une façon générale, tous ou presque tous les inculpés attribuent leur acte délictueux ou criminel à une impulsion pathologique, et demandent à être mis en observation à l'hôpital, tant afin d'échapper aux rigueurs du code que pour se faire dorloter. Inutile d'ajouter qu'une fois à l'hôpital, ils cherchent à y rester le plus longtemps possible, en employant toutes les ruses, en se provoquant des plaies ou maladies diverses.

Or, 90 à 95 0/0 de ces individus ainsi mis en observation sont, après examen minutieux du médecin de l'hôpital, classés sous la rubrique « sains d'esprit » et renvoyés devant le Conseil de guerre.

La possibilité pour ces 95 0/0 d'individus d'abuser ainsi de la bonté des médecins qui ne les connaissent pas, et, les recevant sans renseignements, sont obligés de les examiner longtemps avant de conclure, est un inconvénient très sérieux au point de vue de la discipline qui, comme vous le savez, doit être stricte dans des corps composés de tels individus.

Pour concilier les exigences de la discipline militaire qui réclame des sanctions réfléchies mais proches de la faute, et la nécessité qu'il y a de pratiquer des expertises mentales approfondies dans un milieu si taré, il faut, de toute évidence, savoir le plus tôt possible, après l'arrivée du contingent, quelle

est la valeur mentale de chaque homme. Il faut, indépendamment des mesures préventives demandées pour empêcher l'entrée des tarés psychiques dans l'armée, examiner spécialement les hommes pendant leurs premiers mois de séjour au corps.

En Tunisie, au Bat'd'Aff, les recrues restent au début à la portion centrale. Quoi de plus simple que de détacher à cette portion centrale pendant les premiers mois qui suivent l'arrivée de la classe, un médecin militaire déjà un peu expert en psychiatrie, qui s'occuperait de faire réformer les aliénés et, s'entourant de tous les renseignements fournis par les officiers et gradés, établirait pour tous les soldats des fiches indiquant leur valeur mentale.

Que si 3, 6 mois, 1 an après cet examen, un de ces hommes commet un délit et prétende être irresponsable, sa fiche est transmise au médecin expert du Conseil de guerre. Celui-ci, éclairé par les renseignements de la fiche, pourra conclure vite et bien.

L'institution de ces expertises précoces des premiers mois de l'incorporation dans les corps spéciaux d'Afrique est ainsi, croyons-nous, éminemment utile tant au point de vue du dépistage plus facile des aliénés que de la discipline militaire. Elle pourrait en même temps servir à l'éducation psychiatrique des aide-major destinés à faire le service ordinaire auprès des Bataillons.

M. Parant. — J'ai vu un officier qui, à la suite d'une campagne particulièrement pénible, a éte pris de paralysie générale. C'est avec beaucoup de peine que la pension de sa veuve a été obtenue. Je crois que les médecins militaires devraient demander que, en pareil cas, la maladie fut considérée comme la conséquence du service.

M. Doutrebente. — Le certificat du médecin de la famille pour les cas d'engagement me semble difficile à obtenir. C'est le capitaine de la compagnie qui doit, comme un père de famille, s'inquiéter de chacun de ses soldats et les examiner de façon à se rendre compte de leur mentalité. On pourrait, pour leur faciliter cette tâche, leur remettre une instruction

analogue à celle qui est donnée aux internes des asiles, en vu de l'examen des malades.

Charles Blondel. — MM. Granjux et Rayneau demandent que quelques notions de psychiâtrie soient données aux officiers et aux sous-officiers. Dans sa magistrale communication, M. le Prof. Régis, encouragé par le succès qu'il a obtenu à Saint-Maixent, vient de leur apporter l'appui de son autoritè. Mais, au contraire de la minorité d'élite à laquelle M. Régis a eu à faire, les sous-officiers n'ont, en immense majorité, reçu qu'une instruction simplement primaire. Ce n'est pas leur faire injure que de les estimer incapables de profiter d'un enseignement psychiâtrique, si élémentaire soit-il. La culture générale des officiers rend évidemment possible pour eux ce qui paraît impraticable pour leurs subordonnés. Mais que seront ces notions générales de psychiâtrie, destinées à devenir matière de cours dans nos Ecoles militaires, de conférences dans nos régiments ? Il importerait de le préciser. Nécessairement elles seront très élémentaires, car nous savons tous qu'on ne fait pas un aliéniste en quelques leçons. Presque nécessairement, elles ne feront qu'enrichir sans profit le vocabulaire des officiers de quelques termes techniques ; sans profit, dis-je, car, en matière d'observation, les mots ne sont rien sans les faits. Sans doute, ceux des auditeurs qui auront conservé quelque jugement et quelque sens critique, se garderont d'utiliser un savoir insuffisant. Mais d'autres, forts de leur vernis psychiâtrique, ne manqueront pas de discuter à tort et à travers les diagnostics du médecin compétent, loin de l'aider dans sa tâche. Ne prétendons donc pas exiger de l'officier qu'il soit un psychiâtre, quoique la mode soit aujourd'hui de lui demander de faire l'instituteur, le moraliste, l'économiste, le sociologue et l'hygiéniste. N'oublions pas que, somme toute, son rôle est de préparer des hommes au combat, la chose du monde, que je sache, la plus antihygiénique.

M. Granjux. — C'est avec une bien grande satisfaction que nous avons tous entendu les déclarations de M. le professeur Simonin, qui témoignent de l'intérêt que M. le Ministre

de la Guerre et la 7e Direction prennent au développement de la psychiatrie dans le corps de santé militaire. Nous adressons donc tous nos remerciements à M. le médecin-major Simonin.

M. Roubinovitch est venu confirmer ce que nous avons dit de la guerre russo-japonaise et de la nécessité de la préparation dès le temps de paix, de l'assistance psychiatrique dans les armées. M. Haury a été particulièrement bien inspiré en instituant sa suggestive communication « Indiscipline morbide », parce que l'adjonction de ce qualificatif fera comprendre d'ores et déjà au commandement que l'indiscipline peut relever dans certains cas de la pathologie. M. Mabille qui appartient à une famille où, depuis longtemps, on étudie l'aliénation mentale chez les militaires, a apporté des observations qui démontrent que la mentalité des disciplinaires est bien telle que Boigey et Doche l'ont indiqué. On doit être reconnaissant à ces confrères de l'appui qu'ils ont apporté à la thèse que nous défendons.

De la communication de M. Chavigny, je voudrais retenir que la précocité des troubles psychiques chez les militaires rend plus difficile le diagnostic de la maladie, surtout quand les premiers symptômes sont, comme la fugue, des faits dits d'indiscipline.

S'il y avait besoin de motiver encore la proposition si pratique du Dr Jude de trier les recrues à leur arrivée aux bataillons d'Afrique, on ne saurait trouver de meilleur argument que le désir légitime exprimé par les officiers de cette troupe spéciale.

A M. Parant je répondrai que les règlements militaires admettent les fatigues du service comme une cause de paralysie générale.

Je suis d'accord avec mon ami le professeur Régis, sur tous les points, sauf un. J'ai indiqué à la Société de prophylaxie que la meilleure voie pour engager la lutte contre la syphilis dans l'armée était la lutte anti-alcoolique, parce que c'est presque toujours quand ils sont en état d'ivresse que les hommes contractent la syphilis. Dans ce but, je ne connais pas de meilleur moyen que la création de « Foyers

du Soldat ». Il ne peut y avoir que des avantages à ce que les renseignements scolaires des conscrits et des engagés soient connus, mais je ne crois pas qu'on puisse compter sur les maires pour avoir des renseignements sur la mentalité des conscrits ou des candidats à l'engagement. Les Maires ne sont pas seulement des personnages administratifs ; ils sont aussi des personnages politiques, et leurs actes s'en ressentent. Je continue à leur préférer le médecin de la famille. Le secret médical n'est pas en jeu, puisque le confrère n'aura pas à fournir de certificat, s'il y a eu des troubles mentaux. En somme, MM. Régis et Doutrebente ont fait des objections théoriques, qui me semblent devoir s'effacer devant ce fait que le certificat du médecin de la famille est entré dans la pratique des engagements en Belgique.

M. Rayneau. — M. Régis refuse péremptoirement l'intervention du gendarme dans les enquêtes ; cependant toutes les enquêtes militaires ne peuvent être faites que par la gendarmerie. Notre proposition n'est donc pas une innovation. Le gendarme a sur le Maire l'avantage du secret professionnel. Quant au questionnaire que j'ai proposé, je suis le premier à déclarer qu'il est susceptible d'être modifié ; je l'ai donné surtout comme une base, un point de départ.

A M. Blondel je répondrai que mon rapport contient les renseignements qu'il nous a demandés, car j'ai cité le programme donné par M. Régis et celui qui est en usage dans l'armée allemande.

A la suite de cette discussion, M. le Président Vallon fait adopter le renvoi des conclusions des rapporteurs à une Commission composée de MM. Granjux, Rayneau, Régis, Simonin et Jude, conclusions qui seront soumises au vote du Congrès.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Schématisation et nomenclature des formes mixtes de la Psychose périodique, par M. Gilbert BALLET (de Paris).

Parmi les faits nouveaux qui ont, dans ces derniers temps, enrichi ou modifié l'histoire de la psychose périodique, la notion des états mixtes, introduite par Kræpelin, me paraît avoir une réelle importance. L'étude de ces termes est à peine ébauchée et il importe que l'attention des psychiatres se tourne de son coté. Malheureusement, les schémas qu'on a proposés pour figurer les états mixtes sont difficiles à retenir ; d'autre part, la nomenclature de ces états, telle que l'a donnée Kræpelin, est disparate et ne parle pas à l'esprit avec une suffisante netteté. Voilà pourquoi j'ai cherché à schématiser, d'une façon que je crois plus claire, les divers états mixtes et à en donner une nomenclature qui me paraît plus logique et plus intelligible que celle couramment admise. Ce sont ces schémas et cette nomenclature, dont je me sers dans mon enseignement, que je désire communiquer au Congrès.

Les éléments fondamentaux des états maniaques sont, comme on sait, au nombre de trois : 1° l'exagération des mouvements (E) ; 2° la fuite d'idées (F) ; 3° l'hyperthymie ou humeur gaie (Hg).

Ceux des états mélancoliques, ou dépressifs, sont également au nombre de trois : 1° l'inhibition motrice (I) ; 2° l'arrêt ou le ralentissement des représentations mentales (A) ; 3° l'humeur triste ou hypothymie (Ht).

ÉLÉMENTS de la MANIE	ÉLÉMENTS de la MÉLANCOLIE	DÉNOMINATION des FORMES MIXTES	ÉLÉMENTS de la MANIE	ÉLÉMENTS de la MÉLANCOLIE	DÉNOMINATION des FORMES MIXTES
E	I	Dépression avec agitation logorrhéique (manie dépressive de Krœpelin).	E	I	Manie avec inhibition motrice (inhibition maniaque de Krœpelin).
F	A		F	A	
Hg	Ht		Hg	Ht	
E	I	Dépression avec fuite d'idées.	E	I	Manie avec arrêt ou ralentissement des représentations (manie improductive).
F	A		F	A	
Hg	Ht		Hg	Ht	
E	I	Dépression euphorique (stupeur maniaque de Krœpelin)	E	I	Manie hypothymique (manie coléreuse)
F	A		F	A	
Hg	Ht		Hg	Ht	

Les états mixtes sont constitués par l'association de deux des éléments de la mélancolie à un des éléments de la manie, ce sont les états mixtes dépressifs ; ou par deux des éléments de la manie associés à un des éléments de la mélancolie (états mixtes maniaques), ce qui nous donne six états mixtes possibles, étant admis que les symptômes opposés (humeur gaie et humeur triste, fuite d'idées et arrêt des représentations, exagération et inhibition des mouvements) ne peuvent naturellement s'associer l'un à l'autre.

Ces six états mixtes sont représentés graphiquement ci-dessus, avec les dénominations que je propose de donner à chacun. J'ai mis entre parenthèses les dénominations correspondantes proposées par Kræpelin.

Je pense que cette schématisation et cette nomenclature sont de nature à fixer clairement dans les esprits la constitution des divers états mixtes et en favoriser l'étude clinique détaillée, qui est encore toute à parfaire.

M. Deny (de Paris). — Je ne méconnais ni la simplicité, ni la clarté des figures que vient de nous proposer M. Gilbert Ballet pour faciliter l'intelligence des *états mixtes* de la psy-

chose maniaque-dépressive ; mais puisque l'occasion s'en présente, je demande à mon tour la permission d'exposer un autre mode de figuration schématique de ces états qui parle peut-être encore davantage aux yeux et permet, en quelque sorte, de saisir au passage les différentes phases de la transformation des *états dépressifs* ou *mélancoliques* en *états maniaques* et réciproquement.

Ce sont ces diverses phases évolutives qui constituent, à proprement parler, les états mixtes. Ceux-ci résultent, en effet, non de la transformation massive ou globale des symptômes d'ordre dépressif, en symptômes d'ordre maniaque, ce qui constitue un accès de la folie à double forme (Baillarger), ou de la folie circulaire (P. Falret), mais du remplacement d'un ou plusieurs symptômes dépressifs par leurs congénères maniaques et inversement, les autres continuant à évoluer dans le même sens, à suivre leur cours primitif, dépressif ou maniaque. Les états mixtes sont donc constitués par la *coexistence* ou l'*enchevêtrement* de phénomènes de *dépression* et de phénomènes d'*excitation*, ou si l'on veut, par la *pénétration réciproque* des éléments du *syndrome mélancolique* et des éléments du *syndrome maniaque*.

Cet enchevêtrement peut être figuré schématiquement par trois lignes parallèles, horizontales, représentant, la première le *trouble de l'affectivité* ou de l'*humeur*, la deuxième le *trouble de la pensée* ou *de l'idéation*, la troisième le *trouble de l'activité volontaire* ou *de la psycho-motilité*, soit les trois grands symptômes cardinaux de la psychose maniaque-dépressive.

Il suffira ensuite de colorer différemment (comme le montre la planche ci-contre) les divers segments de ces lignes, suivant que le trouble (affectif, idéatif, ou volitionnel) qu'elles expriment, est d'ordre mélancolique ou d'ordre maniaque, pour se rendre compte de la genèse des états mixtes. On pourra employer la couleur bleue (1), par exemple, pour caractériser les symptômes mélancoliques (dépression de l'humeur, entrave des idées, inhibition psycho-motrice), et la couleur rouge pour

(1) Sur la planche ci-contre la *couleur bleue* a été remplacée par un *trait noir*, la *couleur rouge* par un *trait pointillé*.

REPRÉSENTATION SCHÉMATIQUE ET NOMENCLATURE DES DIFFÉRENTES FORMES DE LA PSYCHOSE MANIAQUE-DÉPRESSIVE (1)

	ÉTAT DÉPRESSIF franc	ÉTATS MIXTES — à prédominance dépressive			ÉTATS MIXTES — à prédominance maniaque			ÉTAT MANIAQUE franc	
H	———	———	———	……	———	……	……	……	H
I	———	———	……	———	……	———	……	……	I
M	———	……	———	———	……	……	———	……	M
		1 Dépression avec agitation. (*Manie dépressive*).	**2** Dépression avec fuite d'idées. (*Dépression avec fuite d'idees*).	**3** Dépression avec exaltation affective. (*Stupeur maniaque*).	**4** Excitation avec dépression affective. (*Manie coléreuse*).	**5** Excitation avec entrave de la pensée (*Manie improductive*.	**6** Excitation avec inhibition psycho-motrice *Manie akinétique* (*Inhibition maniaque*		

(1) Le trait **noir**, dans ce tableau, indique que l'on a affaire à un trouble (affectif H, idéatif I, volitionnel M) d'ordre dépressif ou mélancolique le trait **pointillé** à un trouble d'ordre exaltatif ou maniaque.

Les dénominations placées entre des parenthèses sont celles adoptées par le Pr KRAEPELIN.

spécifier les symptômes maniaques (exaltation de l'humeur, accélération ou fuite des idées, agitation psycho-motrice).

On s'assurera ainsi facilement que les diverses combinaisons du syndrome mélancolique et du syndrome maniaque se réduisent à six : elles correspondent aux six variétés d'états mixtes déjà décrites par Kræpelin. Comme il est aisé de s'en rendre compte par la planche ci-contre, les trois premières variétés de ces états sont à prédominance de phénomènes mélancoliques (deux éléments dépressifs pour un élément maniaque), les trois dernières à prédominance de phénomènes maniaques ou d'excitation (deux éléments maniaques pour un élément dépressif). Cela posé, il devient facile, sans effort de mémoire, d'attribuer à chacune de ces variétés une dénomination spéciale : on désignera les trois premières sous les noms de « *dépression* ou de *mélancolie* avec *exaltation de l'humeur* », « dépression avec *fuite des idées* », « dépression avec *agitation psycho-motrice* », suivant que l'élément maniaque qui entre dans la formation de ces états sera d'ordre affectif, idéatif ou moteur. De même, les trois derniers seront facilement spécifiés par le terme d'*excitation* ou de *manie* en y ajoutant les mots : « avec *dépression de l'humeur...* », « avec *entrave de la pensée...* », « avec *inhibition psycho-motrice* », selon que le trouble d'ordre dépressif coexistant occupe la première, la deuxième ou la troisième ligne.

En embrassant maintenant, d'un simple coup d'œil, ces six variétés d'états mixtes, on voit que, pris dans leur ensemble, ils peuvent être comparés à un pont aux deux extrémités duquel sont situés les états mélancoliques et les états maniaques purs, les premiers figurés par trois lignes bleues, les seconds par trois lignes rouges. Chacun des états mixtes intermédiaires réalise une forme de passage ou de transition des premiers aux seconds.

Cette représentation schématique des états mixtes a enfin l'avantage de mettre en évidence la fréquence beaucoup plus grande de ces états, comparée à celle des états mélancoliques et maniaques francs, ce qui est en complète conformité avec les données de la clinique.

Le Dr Anglade vient affirmer la fréquence de ces états mixtes, jetés autrefois au compte des états polymorphes de la dégénérescence mentale.

M. Vallon fait remarquer avec M. Deny que la conception des psychoses périodiques reprise aujourd'hui par l'Ecole allemande, remonte en réalité aux auteurs français, à MM. J.-P. Falret et à Baillager.

Obsessions et Psychose maniaque-dépressive

par G. Deny et René Charpentier.

L'existence d'obsessions ou d'états obsédants au cours de la folie périodique ou de la psychose maniaque-dépressive a déjà été signalée par un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons Kræpelin, Gilbert Ballet, Soukhanoff et Dupré.

C'est M. Gilbert Ballet qui, le premier, croyons-nous en France, a eu le mérite de montrer que dans les *formes atténuées* de la psychose périodique, à côté de vagues idées de culpabilité et de préoccupations hypocondriaques, il existait souvent des obsessions de diverse nature : « souvenirs désagréables, regrets de certains actes, préoccupations de n'avoir pas eu une attitude correcte dans telle ou telle circonstance de la vie ; ou encore pensées irrésistibles, de nature lubrique par exemple, que les malades font de vains efforts pour chasser ». (1)

Le Dr Serge Soukhanoff a noté, de son côté, l'existence de représentations et d'idées obsédantes très variables, au cours de la période mélancolique de la folie circulaire. Il s'agit bien là, dit cet auteur, de véritables idées et représentations obsédantes, car celles-ci apparaissent au malade « comme quelque chose d'étranger ne lui appartenant pas. » (2)

D'autre part, dans la préface qu'il a consacrée à l'*Intro-*

(1) Gilbert Ballet. La mélancolie intermittente. (*Presse médicale* 1902, p. 460.)

(2) Soukhanoff (de Moscou). Sur les associations psychiques obsédantes de contraste dans les états mélancoliques. (*Archives de neurologie,* 1904, p. 309.)

duction à la psychiatrie clinique du Pr Kræpelin, M. Dupré s'exprime ainsi : « Je signalerai comme originale, et à mon avis légitime, l'interprétation étiologique et clinique que propose l'auteur de certains états psychopathiques dépressifs où prédominent les obsessions et qu'il regarde comme des manifestations de la folie périodique, à cause des caractères fondamentaux de l'état mental (affaiblissement de la volonté, inhibition de l'intelligence, dépression de l'humeur), sur lequel apparaissent, dans les cas considérés, les symptômes d'obsession. J'ai observé deux cas analogues dont l'un fut suivi d'une guérison complète après plusieurs mois d'un état obsédant de culpabilité et de vols imaginaires ; dont l'autre est constitué par des accès de plusieurs mois d'obsession de culpabilité génitale, à caractère incestueux, qui guérissent et récidivent après des périodes de calme mental complet. » Et M. Dupré ajoute : « Ces cas qui, par la complexité, le polymorphisme et la nature même de leurs manifestations semblent ne relever que des états obsédants de la dégénérescence mentale, doivent être, à mon avis, considérés comme des *accès légers de dépression périodique,* avec prédominance de syndromes obsédants pénibles ; cette interprétation confère à de telles crises une formule évolutive et pronostique autre que celle que comportent les crises épisodiques ordinaires de la folie des dégénérés, et on saisit quel intérêt peut avoir, dans la pratique, cette différence de conception nosologique de l'accès morbide. »

Plusieurs auteurs avaient déjà remarqué autrefois le caractère périodique que peuvent revêtir, dans certains cas, les crises d'obsession, mais sans voir là un motif suffisant pour rapprocher ces crises des folies intermittentes ou périodiques. « Chez une de mes malades, dit Séglas, les paroxysmes obsédants se présentent très régulièrement tous les jours à cinq heures de l'après-midi et durent jusqu'à sept heures du soir. J'ai vu deux autres malades qui, toutes deux, avaient un accès prolongé de cinq à six semaines, l'une au mois de mars, l'autre au mois de novembre. (1) »

C'est précisément en raison de l'intérêt nosologique qui

(1) Séglas. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses,* 1895, p. 84.

s'attache à l'étude des obsessions conscientes envisagées comme des manifestations atténuées de la psychose maniaque-dépressive ou comme des équivalents des paroxysmes, délirants ou non, de cette affection que nous croyons devoir présenter les observations suivantes :

Observation I. — *Obsessions et psychose maniaque-dépressive, deux internements : à quarante-sept ans, première crise de dépression anxieuse avec excitation motrice précédée et accompagnée d'obsessions hypochondriaques, de peur obsédante de la mort, etc. A cinquante-trois ans, deuxième crise analogue. A cinquante-six ans, crises d'obsessions hypochondriaques, aboutissant à un état de mélancolie anxieuse. A cinquante-sept ans, crise d'obsessions hypochondriaques.*

La malade B..., agée de quarante-sept ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires névropathiques ou psychopathiques. Mariée à dix-neuf ans, elle eut deux enfants actuellement vivants et bien portants: un fils de trente-quatre ans et une fille de vingt-huit ans.

A vingt-trois ou vingt-quatre ans, elle fut atteinte de bronchite et resta malade pendant trois mois. Pas plus à cette occasion qu'à la suite de pertes d'argent qu'elle éprouva peu après, B... ne présenta de troubles mentaux.

A la mort de son père, qui survint brusquement par ictus (il était âgé de soixante-huit ans), la malade fut normalement triste sans jamais cesser de travailler, de s'alimenter, de dormir et sans présenter aucun des symptômes ultérieurs. C'est une femme intelligente et adroite, sachant lire, écrire et compter, et qui gagne largement sa vie. C'est à quarante-sept ans, au moment de la ménopause et à l'occasion d'abondantes métrorragies qu'elle présenta pour la première fois des obsessions avec thanatophobie prédominante. Sans contrariétés, sans ennuis d'argent, occupant douze ouvrières et ne pouvant suffire aux commandes qu'on lui faisait, B... présenta à cette époque une période de dépression avec doute, découragement et crises anxieuses. Elle recommençait tout ce que faisaient ses ouvrières, le craignant mal fait. Elle accusait des troubles physiques, céphalée, sensations d'étouffement vraisemblablement en rapport avec la ménopause, pleurait, sanglotait, disant qu'elle allait mourir, etc. Cette crainte obsédante de la mort avec anxiété s'accompagnait parfois d'idées de suicide. Cet état dura trois ans. Pendant ce laps de temps,

B... fut soignée chez elle, puis internée à l'asile de Villejuif où elle resta dix-sept jours et d'où elle sortit non guérie pour rentrer peu après à la Salpêtrière dans le service de M. Dejerine. Elle y resta trois mois et acheva de se rétablir à la campagne. Guérie, elle reprit ses occupations, occupant de nouveau six à sept ouvrières et, dit-elle, « travaillant comme avant. » Le premier accès de dépression avec obsessions avait duré trois ans et demi environ.

Trois ans après, à cinquante-trois ans, à l'occasion d'une grippe qui la tint pendant une dizaine de jours alitée, la malade présenta un *deuxième accès* plus marqué que le précédent. B... fit un nouveau séjour de trois mois à la Salpêtrière et fut ensuite soignée pendant cinq mois à la consultation de l'Asile clinique. L'accès dura donc environ huit mois et, dit la malade, « mon cerveau répétait tout ce qu'on disait, n'importe quoi, mais surtout ce qui m'ennuyait. » Elle précise bien. Il ne s'agit ni d'hallucinations auditives, ni d'hallucinations psychiques mais d'obsessions. Si à ce second accès, les obsessions furent plus marquées, la dépression concomitante fut plus légère. « Je me disais cela passera et je ne me tourmentais pas. » L'accès terminé, la malade se remit au travail, occupant encore jusqu'à sept ouvrières. Cependant, elle se fatiguait plus rapidement.

Trois ans après, à cinquante-six ans, en février 1907, *troisième accès* à l'occasion d'une grippe avec fièvre, toux, points de côté, qui n'obligea pas la malade à prendre le lit. Au même moment, la grippe causa des décès dans sa maison et la malade, très frappée de ces morts, fut reprise de thanatophobie, allant jusqu'à s'enfuir dès qu'on parlait devant elle d'un accident ou d'un décès. En juin, elle fit un séjour à l'Hôtel-Dieu, partit de là se reposer à la campagne, revint, mais tenta sans succès de se remettre au travail. Nous la voyons à cette époque, en octobre 1907, à l'Asile clinique où elle est internée avec un certificat portant le diagnostic de « mélancolie anxieuse. »

Depuis quinze jours, son état s'est considérablement aggravé. Elle ne peut rester en place, s'assied, se lève, gémit, va d'un bout de la pièce à l'autre, manifeste une grande anxiété, et cela surtout dès qu'on l'interroge sur ses craintes, ses préoccupations, etc. Son anxiété redouble dès qu'on lui parle de maladie ou que l'on tente de l'approcher. Elle craint qu'en la touchant, on lui communique les « idées noires » des autres malades. Chez elle, elle ne voulait plus mettre ses vêtements lorsqu'ils avaient touché

ceux de ses ouvrières. De même à l'hôpital, elle refusait de prendre des douches, dans la crainte de contracter les affections des malades douchées avant elle.

Les obsessions de B... sont multiples, mais la crainte de la mort domine. Elle sait qu'elle est perdue, qu'elle va mourir, car, dit-elle, son cerveau travaille trop. Très consciente et intelligente, elle lutte de toutes ses forces contre ses troubles morbides. « Dès que j'entends quelque chose, mon cerveau y pense ensuite sans cesse, le répète. Si je n'entends rien, il me suffit de penser au jardin, aux arbres, pour ne plus pouvoir en détacher ma pensée. » Parfois, elle tente par un mot, un juron, de se débarrasser de l'idée ou de la phrase obsédante, mais ne réussit qu'à faire succéder à son obsession, une autre obsession plus pénible encore Elle ne manifeste pas d'idées délirantes de persécution. « C'est toujours moi-même qui me fais des misères, ajoute-t-elle, c'est mon cerveau qui est méchant, j'ai toujours peur de penser à quelque chose qu'on m'a dit. » Tout, autour d'elle, choses, gens, paroles, est matière à obsessions, mais surtout les choses tristes.

Elle se plaint des questions qu'on lui pose, disant que c'est épouvantable, que, maintenant, elle va y penser tout le temps et que cela va la faire souffrir. Pas d'idées délirantes d'indignité, de culpabilité, de ruine, de damnation, etc. Quelques idées de suicide, jamais mises à exécution. Très anxieuse, elle a du mal, le jour de son entrée, à donner des renseignements sur la date, à calculer, opérations psychiques qui furent d'ailleurs fort bien faites dans la suite, après la disparition des obsessions et de l'anxiété.

L'examen physique est difficile, la malade ne voulant pas se laisser toucher. Les pupilles sont normales. Pas de troubles de la motricité ni de la sensibilité. Il existe un état saburral prononcé des voies digestives.

Cet état persiste jusqu'au 29 novembre 1907. A ce moment, les obsessions disparaissent, mais l'état mélancolique persiste. « Mon cerveau ne répète plus, dit la malade », mais elle reste triste, découragée, inactive et se plaint de céphalée.

Au mois de février 1908 réapparition des obsessions à caractère surtout hypocondriaque. B... lave ses mains à tout propos, ne veut plus mettre ses vêtements, quand d'autres personnes y ont touché de crainte de contracter leurs maladies, surveille ses aliments, etc.

En mars 1908, la malade ne présente plus ni obsessions, ni dépression. Elle travaille, fait des robes qu'elle dessine et taille elle-même. Active, peut-être un peu plus que de raison, gaie, elle quitte l'Asile le 24 mai 1908, ayant augmenté de poids de 5 kg. 400.

Observation II. — *Obsessions et psychose maniaque-dépressive, un internement : de quarante-deux ans à quarante-cinq ans, série de crises d'anxiété diffuse et d'angoisse avec phobie des maladies, de la mort et obsessions impulsives conscientes. Entre temps, phases de dépression simple et d'excitation légère. A quarante-cinq ans, accès de mélancolie anxieuse avec obsessions et phobies.*

La malade D..., âgée de quarante-cinq ans entre à l'Asile clinique le 10 juin 1908. Personne de sa famille n'aurait jamais présenté de troubles nerveux ou mentaux. Mariée à dix-huit ans, elle eut deux grossesses. La première, à dix-neuf ans se termina par une fausse couche de cinq mois ; la seconde, par la naissance d'une fille, actuellement âgée de vingt-quatre ans et bien portante.

La malade a toujours été triste, craintive et scrupuleuse à l'excès. Les troubles actuels ont débuté, il y a trois ans, par une crise d'anxiété très courte pendant laquelle, la malade s'écriait qu'elle allait mourir, qu'elle ne pouvait pas respirer, que cela l'étouffait à la gorge, etc. Une seconde crise semblable survint trois mois après; puis ces crises se rapprochèrent, se renouvelant jusqu'à cinq ou six fois par jour de façon à constituer une sorte d'état de mal anxieux durant plusieurs jours, surtout au moment des règles, du reste irrégulières.

Les dernières ont eu lieu le 29 mai, pour la première fois très peu abondantes, et à partir de ce moment l'état de la malade s'aggrave. Elle se lamente, gémit, se plaint de ne plus pouvoir pleurer, s'alimente très mal et ne dort pas. Elle se plaint de partout, de la tête, de l'estomac, de l'intestin, des épaules, des nerfs. Elle est obsédée par la peur de toutes les maladies dont elle entend parler, par la crainte de devenir folle, par celle de mourir, de tuer sa fille. Ces phobies alternent d'ailleurs avec de véritables obsessions impulsives avec conscience et lutte angoissante : La malade veut se tuer, se jeter par la fenêtre, se sent poussée à tuer sa fille. Elle fait très bien la différence entre ces deux modes obsédants, disant par exemple : « Par moments, je veux me suicider, par moments, j'ai peur de la mort.

Il est à noter que la malade a présenté à diverses reprises des

périodes de dépression simple non motivée sans idées obsédantes, ni délirantes d'une durée de plusieurs jours et des périodes de gaieté, d'exubérance, de suractivité, pendant lesquelles, dit-elle, « je chantais sans pouvoir m'en empêcher. »

Au mois de juin 1908, nouvelle crise de mélancolie anxieuse avec obsessions et phobies qui nécessite l'internement. La malade entre à Sainte-Anne avec le certificat suivant du docteur Dupré :

« Dégénérescence mentale avec état mélancolique et anxiété par intervalles, instabilité, agitation, insomnie. Obsessions et phobies ; la malade craint de faire du mal, de mourir, de se suicider, etc. A ces obsessions se joignent parfois bes idées de suicide. La malade qui a déjà souffert d'accidents semdlables à plusieurs reprises demande à être soignée. Ménopause. »

D... fut mise en liberté très améliorée le 13 août 1908, sur la demande de son mari.

Observation III. — *Obsessions et cyclothymie ; à dix ans scrupules religieux ; à partir de vingt ans, manies d'interrogation, doutes, alternatives de dépression et d'excitation. Peur de devenir folle*, etc.

Mme T... se présente à la consultation de la Salpêtrière au commencement de l'année 1908. Elle est âgée de quarante-neuf ans et se plaint de n'être pas tous les jours la même. « Il y a des moments, dit-elle, où je suis contente de vivre, active et pleine d'entrain, et d'autres où je suis abattue, triste, découragée et incapable de rien faire. » Elle se désole et pleure abondamment de voir ainsi compromis son bonheur et celui des siens. Interrogée alors sur ses antécédents, cette malade nous a fourni les renseignements suivants : son père, âgé de soixante-quinze ans, a été sujet, durant toute sa vie, à de violents accès de migraine ; elle-même a, presque tous les mois, des accès de migraine non accompagnés de vomissements pendant plusieurs jours. Les seules maladies dont elle se rappelle avoir été atteinte pendant son enfance, sont un ictère et la rougeole. Elle a cessé à treize ans de fréquenter l'école pour rester avec ses parents jusqu'à son mariage. Pendant ce temps, elle lisait beaucoup de livres de piété. Au moment de sa première communion, elle a eu des craintes, des scrupules à caractère obsédant sur la gravité de l'acte qu'elle allait accomplir. Plus tard, elle a eu des préoccupations, des doutes pénibles sur la réalité de son existence. De temps en temps, il lui arrivait de s'interroger, de se poser des questions : était-ce

bien elle qui était présente... était-ce bien elle qui parlait... qu'est ce qui le prouvait ? etc., etc.

A dix-neuf ans, elle se marie, fait une fausse couche à vingt ans et, deux ans après, accouche d'un enfant, âgé actuellement de vingt-trois ans et bien portant. De vingt à vingt-deux ans, période de calme. A vingt-trois ans, à l'occasion d'un mot un peu léger prononcé devant elle par un ami de son mari, elle est reprise d'incertitudes et du besoin de s'interroger pour savoir si elle a bien entendu, si elle n'a pas rêvé, si c'est bien elle qui était présente, etc. L'absurdité de ces interrogations ne lui échappe pas, elle en a honte, n'ose les confier à personne, pas même à son mari qui se moquerait d'elle.

A trente ans, les mêmes perplexités angoissantes réapparaissent après plusieurs années d'accalmie, à la suite d'un changement de domicile. Depuis cette époque jusqu'à maintenant, elles n'ont jamais disparu complètement, sauf à certains jours où elle reprend goût à la vie, se montre exubérante et témoigne d'une activité exagérée, qui se traduit par un besoin impérieux de tout changer de place dans son intérieur, de procéder à des rangements interminables, et cela sans ressentir la moindre fatigue. Mais ces périodes d'excitation sont éphémères ; au bout de quelques jours, Mme T... est reprise de lassitude, de découragement, d'abattement. En même temps, son esprit est de nouveau envahi par toutes sortes d'idées pénibles auxquelles elle ne peut se soustraire, bien que sa raison, toujours présente, l'empêche de s'y arrêter et de les subir. On aura une idée des tourments, des angoisses et des états d'agitation motrice que font naître ces idées, malgré leur absurdité ou leur puérilité, par les extraits suivants de quelques-unes des lettres qu'elle nous a écrites après avoir cessé de suivre les consultations de la Salpêtrière :

« M. LE DOCTEUR, malgré mes occupations et mes tracas, il y « a des moments où je suis découragée, tant mes vilaines idées « me poursuivent. A certains jours, je suis très bien, puis tout à « coup mes folles pensées prennent le galop. Ce qui me contrarie, « c'est que quand je suis bien je me raisonne, je me dis : c'est « insensé d'avoir de telles idées, c'est fini, je ne les aurai plus. « Puis sur une chose futile : par exemple à la campagne, on en« tend bien quand l'on tue les porcs, ils crient très fort et nous ne « restons pas loin du boucher. Eh bien ! si j'entends, je ferme « vivement la fenêtre et cette idée me vient : si j'étais un porc ou « un veau ou toute autre bête, que l'on me tue pour me manger !

« Voilà cette idée qui trotte, qui trotte, puis je ne puis vous « expliquer ce que je ressens : c'est comme un grand vide chez « moi, un découragement profond, cela me serre l'estomac et « j'éprouve un besoin de sangloter, de crier fort, pour ne pas dire « hurler ; cela passe quelquefois, mais il reste un découragement « pendant quelques jours, puis les nécessités de la vie reprenant « le dessus, cela va un peu mieux jusqu'à ce qu'autre chose se « produise. Encore un deuxième exemple : quand je jette quelque « chose ou que je brûle du papier, c'est toujours cette idée, si « j'étais ceci ou cela ?

« Puis, quand on parle d'exécution capitale devant moi, je me « surprends à passer la main sur mon cou et me dis, si c'était moi, « si l'on m'en faisait autant ? La raison dit : pourquoi ? qu'as-tu « fait ? et toujours : je ne sais pas, mais si pourtant c'était, et « quelquefois le soir en me couchant et le matin je regarde dansla « cour, si je ne vois pas cette maudite machine, malgré que je « sache bien ne pas l'y voir, mais c'est plus fort que moi, toujours, « si cela arrivait...

« Pour le moment, depuis quelque temps déjà, j'évite de voir « un cheval ; quand j'en vois un attelé et surtout maltraité, je « me dis : peut-être en suis-je un ? Déjà l'année dernière, il en « était ainsi ; puis ça s'était passé, mais, à mon grand désespoir, « tout revient et tout persiste, s'entend ce qui me fait le plus « souffrir. »

« M. LE DOCTEUR. J'ai passé cette année tantôt bien, tantôt « mal. Toujours ces sottes idées ; depuis ces exécutions, c'est « encore pis. Je me figure toujours que je vais voir l'échafaud, « et puis je me dis : si c'était pour moi, et il me passe un frisson « terrible. Alors j'essaie de me raisonner, de me dire, qu'il faut « bien punir les bandits ; puis je dis, c'est bien ainsi, mais « pourquoi moi m'en ferait-on autant ? Puis de suite au lieu de « rester sur cette pensée, je me dis, si pourtant c'était, puis, « qui suis-je, peut-être une chose ou un animal quelconque ? « Mais, les animaux ou les choses ne pensent pas. Qu'en sais-tu ? « me répond ma bêtise. Alors j'ai le cœur serré et j'éprouve le « besoin de crier, de hurler même.

« J'arrive quelquefois à me dominer, je sors et je vais faire « quelques visites, quelquefois cela me remet, d'autres fois, il « me tarde d'être seule ; et toujours personne ne se doute de mon « état. Pensez-vous toujours, docteur, qu'avec ces pensées je ne « deviendrai pas *tout à fait folle* ?... »

OBSERVATION IV. — *Obsessions et psychose maniaque-dépressive. Deux accès de mélancolie anxieuse précédés, accompagnés ou suivis d'états obsédants conscients : obsessions hypocondriaques, peur des maladies et de la mort, manie des précautions, manie des présages, obsessions verbales sacrilèges.*

La nommée F..., âgée de quarante et un ans, entre à la Salpêtrière au mois de novembre 1907, en pleine crise de mélancolie anxieuse. Par sa physionomie égarée et toute son attitude, elle donne les marques du plus profond désespoir. Elle pleure et se lamente à haute voix, croise les mains sur sa poitrine, marche en tous sens et répète continuellement : Dieu que je suis malheureuse, Dieu que je souffre, je ne peux plus me dominer, je sens que je deviens folle !

Bien qu'elle soit toujours anxieuse, angoissée et que ses paroles soient hachées de sanglots, la malade peut, au bout de quelques jours, nous fournir les renseignements suivants :

« Je suis malade depuis un an (en réalité depuis cinq ou six ans d'après son mari), ça a commencé par des canards qui nageaient dans un bassin, je me disais : si le canard plonge, c'est signe de vie, s'il ne plonge pas, c'est mauvais signe. Ensuite, j'ai eu peur des microbes, je passais mon temps à essuyer la vaisselle, à déplacer les objets, à les replacer, à les déplacer encore; c'était ridicule avec quel soin je préparais mes repas, s'il tombait des poussières je ne pouvais plus manger. En même temps, tout ce qui arrivait, tout ce que je voyais ou entendais, je l'interprétais comme un signe de mort ou de vie. Si je lisais un journal... j'ai tant pleuré ces jours-ci que je ne trouve plus rien dans ma tête... »

Et à quelques jours de là : « J'avais extrêmement peur de la mort... j'ai toujours eu conscience que c'était stupide, j'étais obsédée par l'idée de la mort... Au mois de décembre dernier (1906), j'ai commencé à entendre des voix comme si je récitais une leçon. Elles disaient : « Tu seras maudite, tu vas mourir. » J'avais aussi des cauchemars, je voyais un tas de choses : des morts, des cercueils, des cimetières, mais tout cela dans ma tête comme des visions. Toute ma maladie n'est qu'une suite de bêtises. Un jour, je souffrais tellement que j'ai voulu aller me jeter dans un puits. Mon mari m'en a empêchée, mais je n'aurais jamais eu le courage de me tuer.

C'est à ce moment (janvier 1907) que la malade fut internée à Sainte-Anne, puis à Vaucluse, où elle resta deux mois. Elle en

serait sortie assez améliorée pour avoir pu reprendre la direction de son ménage, s'occuper de son enfant, etc.

Cette rémission ne dura pas longtemps : au mois de septembre, F... devint triste et irritable. Elle ne dormait plus, faisait à tout propos des scènes à son mari, se plaignant, comme l'année précédente, d'entendre des voix. Peu à peu, elle négligea complètement son intérieur, passant son temps à gémir, à se lamenter, à marcher de long en large dans la chambre. C'est alors que son mari la conduisit à la Salpêtrière dans l'état décrit plus haut.

Cet état se prolongea pendant toute l'année 1908 et une partie de l'année 1909.

Au mois de janvier (1908) la malade nous dit qu'il y a un démon en elle et que c'est lui qui a pris le dessus. Je suis excédée, nous dit-elle, par tous les mots qui se mettent dans ma tête et qui me prédisent les pires calamités. Je suis la plus grande criminelle de la terre, je suis perdue... Je vous en supplie, dites, Monsieur, vous qui le savez, rassurez-moi, il ne lui sera rien fait de mal à mon petit enfant ?...

Un autre jour, F... se plaint que sa tête travaille jour et nuit : « J'entends des voix qui n'ont pas de son, elles viennent de mon cerveau ; je leur réponds en pensée, mais quand je m'emballe, je réponds tout haut, puis je crie, au moins quand je suis seule. Ces voix me disent des choses abominables que je ne peux pas vous dire : ce sont des ordures énormes, elles s'adressent à moi, à mes parents et surtout au Christ. Il me semble que ma raison va disparaître, car je commence à croire ces voix ; un jour, elles m'avaient dit que mon fils allait mourir, j'ai obligé mon mari à aller demander au pharmacien si c'était vrai. Je crois que je vais verser dans la folie : il y a deux choses dans mon cerveau : d'une part, un délire, d'autre part, la raison qui assiste impuissante à ce désordre. Toute la journée, j'interprète les moindres choses dans un sens favorable ou défavorable à mon existence, à celle de mon mari, de mon fils, ou même des autres malades. C'est affreux, quand je prie, il me vient à l'esprit des injures à l'adresse de Dieu ; mes besoins corporels me suggèrent des pensées injurieuses pour Dieu. »

Pendant le reste de l'année 1908, la malade resta anxieuse, se tenant habituellement les mains jointes, dans l'attitude de la prière et marmottant des paroles inintelligibles ; quand on s'ap-

prochait d'elle, elle suppliait qu'on la mît à « l'isolement » pour qu'elle ne puisse rien voir, ni entendre.

Au mois de mai 1909, elle nous disait encore : je suis désespérée, c'est toujours dans ma tête le même travail, ça empire toujours, tout ce que je vois ou entends me fait mal, les allées et les venues, les paroles que l'on prononce devant moi, la couleur des vêtements que portent les personnes, provoquent des « si ». Je trouve étonnant moi-même d'avoir deux têtes dans une seule, une bonne et une mauvaise.

On conçoit, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, que la répétition incessamment renouvelée nuit et jour, à propos de tous les menus faits de la vie quotidienne, de représentations obsédantes contradictoires, finisse par désagréger la conscience du malade et lui faire croire qu'il est double, qu'il y a en lui un bon et un mauvais génie dont il est le jouet et surtout la victime.

C'est seulement au mois d'août 1909 que l'état de F... redevint celui d'une obsédée ayant pleine conscience du caractère morbide de ses idées et capable, dans une certaine mesure, de les dominer. A la vérité elle sent encore résonner dans son cerveau des voix lui reprochant sa conduite passée, la gourmandant, blasphémant, etc., mais elle se rend compte qu'il s'agit là de phénomènes morbides indépendants de toute cause extérieure. « Il me semble, dit-elle, que ma pensée est dédoublée : d'un côté, je suis détraquée et une foule de pensées horribles traversent malgré moi mon cerveau ; de l'autre, mon intelligence est intacte et se rend compte que quelque chose est malade en moi. »

Pour combattre ces mauvaises pensees, la malade prononce à haute voix ou mentalement des paroles de défense, le mot contraire à celui qui l'obsède, par exemple, « béni » contre « maudit », « Dieu » contre « démon ».

Malgré cet état obsédant, F... s'est décidée brusquement ces jours-ci à travailler, ce qu'elle n'avait pas fait depuis deux ans et aussi à causer avec les autres malades. Au cours de ces conversations et même quelque temps après, les représentations obsédantes cessent. Elle n'est plus obligée de se poser des questions comme autrefois, à propos de tout ce qui se passe autour d'elle, elle a encore la crainte des contacts et ne peut s'empêcher de s'essuyer les mains chaque fois qu'elle a touché une personne ou

un objet: mais elle se rend compte que la sensation qu'elle éprouve en pareil cas est hors de proportion avec sa cause provocatrice.

Au mois de septembre, l'anxiété paraît avoir complètement disparu. F... est calme et consciente. Elle dit qu'elle est sûre de guérir. Elle a foi en Dieu qui lui pardonnera, car bien d'autres personnes ont commis des fautes aussi graves que les siennes et ont été pardonnées. Du reste, elle a déjà guéri une fois et n'est retombée qu'à la suite d'une contrariété. Au mois d'octobre, F..., dont l'amélioration s'est encore accentuée, qui reste des journées entières sans être obsédée, et qui a pu mener une vie très active pendant le congé d'essai qui lui a été accordé, quitte définitivement la Salpêtrière.

***

Voici donc quatre malades chez lesquelles se sont montrés à diverses reprises :

1º Des états de dépression mélancolique, de mélancolie anxieuse, plus rarement d'hypomanie, qui, par leurs caractères et leur évolution, méritent d'être rattachés à la psychose maniaque-dépressive ou à la folie périodique :

2º Des crises d'obsessions ou d'impulsions conscientes accompagnées d'anxiété, de doutes, de regrets, de remords, de scrupules, de manies d'ergoter, d'interroger, etc. ; en un mot présentant tous les caractères qui ont été assignés par M. Pierre Janet aux *obsessions psychasthéniques*.

Cela étant, il importe de rechercher les liens qui unissent ces deux ordres de manifestations psycho-névropathiques.

Y a-t-il, dans la succession et dans l'alternance de ces états morbides une simple coïncidence, une association toute fortuite, ou bien, au contraire, ces états doivent-ils être envisagés comme des syndromes appartenant à une même entité clinique, qui, tantôt se manifeste par des états obsédants, tantôt par des états de dépression ou d'excitation, simple ou délirante, tantôt enfin par l'association des premiers aux seconds, montrant ainsi qu'il n'y a entre eux qu'une différence de degré, et non de nature ?

Tel est le problème nosologique qui se pose à propos des observations que nous venons de relater.

Quiconque voudra se donner la peine d'examiner les faits

sans parti pris, sans idée préconçue, ne tardera pas à se convaincre qu'entre les obsessions dites psychasthéniques et les états d'excitation et de dépression intermittentes, il y a un si grand nombre de points communs, qu'il est difficile de ne pas expliquer autrement que par une coïncidence leur association fréquente chez les mêmes malades.

On voudra bien d'abord nous accorder que les obsessions véritablement pathologiques ne se développent que chez des sujets héréditairement prédisposés, présentant tous, à des degrés divers, une déséquilibration constitutionnelle de l'émotivité et de la sensibilité.

Or, cette déséquilibration psychique congénitale que Soukhanoff désigne sous le nom de « constitution idéo-obsessive (1) », que l'un de nous, après Kahlbaum, Neisser, Wilmanns et quelques autres auteurs a décrit sous celui de « cyclothymie (2) », est précisément celle que l'on constate à la base de tous les états de dépression et d'excitation périodiques.

L'hérédité est donc la cause par excellence, à la fois des processus obsédants, et des états excito-dépressifs, et, particularité qui n'est pas indifférente, cette hérédité, dans les deux cas, est souvent similaire (Pitres et Régis, Pierre Janet, Gannouchkine et Soukhanoff).

Quant aux causes occasionnelles qui actionnent la prédisposition héréditaire, elles sont également identiques pour les états maniaques-dépressifs et pour les états obsédants. Ce sont, comme on le sait, les chocs physiques et moraux, les infections et les intoxications, et enfin les grandes époques climatériques : la puberté, les grossesses, la ménopause, l'involution sénile et présénile, etc.

Si nous considérons maintenant la marche et l'évolution des états syndromiques en question, nous constatons que les uns et les autres se manifestent au cours de l'existence par des exacerbations plus ou moins fréquentes qui constituent de véritables crises ou accès.

(1) Serge Soukhanoff. Etiologie et pathogénie des obsessions morbides (*Congrès de Bruxelles*, t. II, p. 342, 1903.)

(2) G. Deny. La Cyclothymie *in Semaine médicale*, 1908.

Ces accès sont séparés par des intervalles « libres » au cours desquels, malgré le retour d'une activité psychique normale ou à peu près normale, il est toujours facile de constater les signes de la constitution idéo-obsessive ou cyclothymique sous-jacente.

La marche des états obsédants de même que celle des états maniaques-dépressifs est donc rémittente plutôt que franchement intermittente (1).

Il est à noter, en outre, que les états obsédants conscients de la psychasthénie, de même que les états maniaques ou dépressifs de la psychose périodique, malgré leur durée quelquefois très longue, se terminent toujours favorablement, sans jamais aboutir à la démence.

Ainsi donc, même origine constitutionnelle, même évolution paroxystique, même pronostic favorable en ce qui concerne les paroxysmes, grave en ce qui concerne la maladie constitutionnelle sous-jacente, voilà déjà trois grands caractères qui démontrent l'existence d'une parenté assez étroite entre la psychasthénie d'une part, la cyclothymie ou la psychose excito-dépressive de l'autre.

D'autres arguments encore plus imposants peuvent être invoqués en faveur de cette parenté ; ce sont l'alternance relativement assez fréquente et dont M. Pierre Janet lui-même a publié de remarquables exemples, de crises d'obsession et d'états maniaques-dépressifs (2) et ensuite la transformation incontestable, quoique plus rare, des états obsédants en états délirants.

Les formes délirantes auxquelles aboutissent, dans certains cas, les obsessions, sont la *mélancolie anxieuse* et le *délire systématisé.*

Tous les auteurs sont unanimes sur ce point. M. J. Falret,

(1) Deny et Camus. *La Psychose maniaque-dépressive*, 1907.

(2) Dans le deuxième volume de « *Obsessions et Psychasténies* » (p. 500), MM. Raymond et Janet relatent deux cas d'obsédés hommes qui, depuis leur enfance, étaient des timorés, des scrupuleux, des abouliques, et qui ont versé dans un état plus grave : *une crise de mélancolie dépressive* (chez le premier) *a remplacé les crises d'obsessions habituelles.* Le second,à la suite de l'émotion que lui a causée la maladie de sa mère, a eu *un accès de mélancolie anxieuse* au lieu de sa crise ordinaire d'obsessions.

dans la huitième conclusion de son rapport au Congrès international de Médecine de 1889, déclare que « dans quelques cas rares, les obsessions peuvent se compliquer de délire de persécution ou de délire mélancolique anxieux, à une période avancée de la maladie, tout en conservant leurs caractères primitifs. »

Cette conclusion, formulée peut-être un peu timidement, a été oubliée par presque tous les auteurs qui, après lui, ont signalé le passage des obsessions au délire.

D'après MM. Pitres et Régis, les formes psychopathiques auxquelles aboutit l'obsession sont d'abord la mélancolie anxieuse, ensuite la paranoïa rudimentaire ou délire systématisé raisonnant. Et, pour qu'il ne reste aucun doute sur leur pensée ces auteurs ont eu le soin d'ajouter : « Quant à la question de savoir si, dans ces cas, la psychose constitue une simple *association* avec l'obsession ou si elle en est vraiment la *terminaison,* elle ne nous paraît pas douteuse, car nous avons pu chaque fois saisir, dans les cas qui nous concernent, le *passage direct de l'état d'obsession à l'état de folie* (1) ».

M. Pierre Janet relate, de son côté, 5 cas de mélancolie anxieuse et 12 cas de délire systématisé (sur 300), survenus chez des obsédés. Cet auteur admet, avec MM. Pitres et Régis, que les obsédés qui versent dans la mélancolie anxieuse (2) sont ceux qui ont des troubles surtout émotionnels (phobies) et que ceux qui deviennent des délirants systématisés, des persécutés, sont ceux qui ont des obsessions intellectuelles.

Cette manière de voir est combattue par M. Séglas. Nous laisserons, quant à présent, ce point de côté, car sa solution importe peu à la thèse que nous défendons.

(1) PITRES et RÉGIS. *Les Obsessions et les Impulsions*, p. 243, 1902.

(2) Il n'est pas indifférent de noter qu'une des obsédées que M. P. Janet a vu verser dans la mélancolie anxieuse a eu *trois rechutes* de cette mélancolie. « Inversement, ajoute M. P. Janet, quand on étudie les mélancoliques délirants, on constate *très souvent* qu'ils ont eu, avant leur dernier accès, un état prévésanique souvent très long, dans lequel ils ont présenté des symptomes de la maladie des obsessions. Dans la thèse de M. Boissier sur la mélancolie et la neurasthénie, je remarque le malade de l'observation I qui a été longtemps aboulique, scrupuleux, méticuleux, avant ses accès de mélancolie avec stupeur, le malade de l'observation VIII qui est analogue, le malade de l'observation XII agoraphobe et claustrophobe avant ses accès de mélancolie ». *Obsessions et Psychasthénie*, t. I, p. 659.

Plus récemment, des exemples de cette transformation des états obsédants en états délirants ont été communiqués au Congrès de Grenoble en 1902 par M. Séglas et au Congrès de Genève en 1907 par M. Arnaud. Entre temps, Marandon de Montyel s'était rallié a l'opinion de M. Séglas, à l'appui de laquelle il a fourni plusieurs observations.

Il est enfin un dernier caractère qui complète l'identité du tableau clinique des psychasthéniques et des maniaques-dépressifs : c'est que, tout comme les seconds, les premiers ont souvent de brusques changements d'humeur et d'allures : « Ils deviennent actifs, entreprenants, étonnent leurs parents qui les trouvent plus en train, plus vivants, moins ternes, etc. »

Ces brusques ascensions du niveau mental que M. Pierre Janet désigne sous le nom d' « instants clairs », ne ressemblent-ils pas, trait pour trait, à de courts et légers accès d'hypomanie ? Et les « crises de marche », les « crises de paroles », les accès « d'agitation motrice », que le même auteur décrit chez ses malades, ne sont-ils pas la reproduction exacte des crises d'excitation maniaque des périodiques ? L'exemple suivant que nous lui empruntons, semble en tout cas assez significatif :

« Maintenant l'agitation, de mentale qu'elle était, devient physique ; la malade (Nadia) se lève, jette sa musique, et alors, la voici qui va et vient dans la pièce, renversant les meubles, jetant les coussins, cassant les vases. Au moment le plus fort de sa maladie, elle brisait beaucoup d'objets et semblait dans un état de *fureur maniaque*, en apparence dangereuse à approcher. En réalité, elle n'a jamais fait de mal à personne et même elle ne brisait que des objets insignifiants ; de même que Claire, dans ses crises d'efforts, elle restait toujours capable de s'arrêter au point qui lui semblait nécessaire et de cesser brusquement s'il entrait une personne à qui elle ne voulait pas se montrer dans cet état (1). »

Ce tableau si vivant de l'agitation psychasthénique est, on en conviendra, identique de tous points à celui de la manie classique.

(1) P. Janet. *Obsessions et Psychasthénie*, t. I, p. 178.

Autrefois déjà, M. Schüle avait noté que la crise d'obsession qu'il appelle une « convulsion intellectuelle », se termine par des actes reflexes moteurs. Le malade court de tous côtés, gesticule, grimace, etc. Dans les *états d'excitation intercurrents*, on peut observer une réaction constituée par un sentiment de bien-être passager et le malade paraît satisfait de ses actes impulsifs, comme si c'était un travail méritoire (1).

Ce n'est donc pas seulement aux crises de dépression, dont elles constituent souvent un des éléments symptomatiques, que les obsessions conscientes peuvent être identifiées, mais aussi aux accès d'hypomanie ou de manie dont elles réalisent de véritables équivalents.

Ainsi, tout plaide en faveur du rapprochement que nous essayons d'établir entre certains états obsédants et les paroxysmes de la psychose maniaque-dépressive.

Entre les uns et les autres, il n'y a, au point de vue nosologique, qu'une différence de degré. Le fait que ces deux variétés d'états psychopathiques peuvent se succéder et se transformer les uns dans les autres le prouve à lui seul manifestement.

Il nous semble donc rationnel, en nous basant sur les données qui précèdent, de considérer les crises d'obsession comme des équivalents symptomatiques des accès de manie ou de mélancolie périodiques.

Les différences qui séparent les premières des seconds sont certes moins accusées que celles qui existent entre les manifestations du petit et du grand mal comitial, et cependant personne ne met en doute que les absences, les vertiges et les grandes crises convulsives ne soient l'expression d'une seule et même maladie. Il en est de même des accidents du petit et du grand brightisme. Malgré leur diversité d'aspect, ils relèvent les uns et les autres d'une même lésion se traduisant par des symptômes différents aux différentes phases de son évolution.

La théorie de l'équivalence de certains états obsédants avec les accès de manie et de mélancolie périodiques n'est, du reste, pas nouvelle : elle a été déjà soutenue par M. Gilbert

(1) Schule. *Traité clinique des maladies mentales*, p. 419, 1888.

Ballet, en ce qui concerne la sitiomanie et la dipsomanie. Certains dipsomanes et sitiomanes, dit cet auteur, appartiennent à la catégorie des intermittents. Chez eux, la dipsomanie et la sitiomanie constituent la manifestation prédominante de leurs accès périodiques (1).

Les observations relatées plus haut tendent à montrer que cette théorie peut, sinon être généralisée (les obsessions constituent un symptôme qui relève assurément de psychopathies autres que la folie maniaque-dépressive), du moins être étendue à un certain nombre d'états obsédants et notamment à ceux qui ont servi, dans ces dernières années à édifier de toutes pièces la conception à coup sûr très originale, mais reposant peut-être sur des bases un peu fragiles, de la psychasthénie.

M. Gilbert BALLET (de Paris). — La communication de MM. Deny et Charpentier est très intéressante en ce qu'elle est de nature à prémunir contre une erreur qu'on a souvent commise. Envisageant les choses d'un point de vue symptomatique partiel, on a souvent été conduit à rattacher aux obsessions simples (psychasténiques, dégénératives, etc.), des états obsédants secondaires et symptomatiques. C'est ainsi qu'on a fréquemment méconnu la psychose périodique qui est derrière ces états obsédants et qui les conditionne. Ce fait me paraît particulièrement vrai pour la sitiomanie et la dipsomanie, que je considère comme dépendant d'habitude et peut-être toujours de la psychose périodique.

M. RÉGIS (de Bordeaux). — Les cas rapportés par MM. Deny et Charpentier soulèvent à nouveau l'importante question des rapports des obsessions avec les psychoses, en particulier avec la mélancolie, question qui comprend cliniquement l'association possible des deux états morbides et aussi leur distinction (2) Ce qui fait ici l'intérêt et la nouveauté des cas, c'est qu'il s'agit d'accès de mélancolie à répétition, s'accompagnant chaque fois, si j'ai bien saisi le résumé succinct des observations présentées, d'un état obsédant.

(1) Gilbert BALLET. *Revue neurologique*, 1900, et *Traité de médecine*, 2e édition, Xe V, p. 963.
(2) ESCUDIÉ. Neurasthénie et mélancolie. (*Thèse de Bordeaux*, 1908.)

Autant qu'il m'est permis, dans de telles conditions, d'apprécier ces faits, je crois qu'il s'agit plutôt, en l'espèce, d'idées obsédantes que d'obsessions ou, s'il est possible de parler de la sorte, d'obsession-symptôme plutôt que d'obsession-syndrome.

Ainsi s'expliquerait ce fait que l'état obsédant s'est montré intermittent, ce qui est naturel et logique s'il s'agit d'idées obsédantes symptomatiques, ce qui est difficile à admettre s'il s'agit d'obsession proprement dite, l'obsession étant de sa nature continue avec paroxysmes ; et c'est là, comme nous l'avons signalé avec la plupart des auteurs, un des caractères qui la distinguent de la phobie et de l'impulsion se manifestant, elles, par intermittences.

Cyclothymie et Obsession, par le Dr Pierre KAHN.

Après Kahlbaum, Hecker, Wilmanns, en Allemagne, M. Deny, en 1908, puis nous, dans notre thèse inaugurale, en 1909 avons décrit sous le nom de cyclothymie les formes atténuées de la psychose maniaque-dépressive. Après M. Deny, nous avons insisté sur la valeur équivalente des accidents cyclothymiques d'une part, et de ceux, plus intenses, de la psychose périodique. Aussi avons-nous proposé de comprendre également dans l'acception du terme de cyclothymie, une constitution psychopatique spéciale, caractérisée aussi bien par les oscillations de l'humeur, assez intenses pour revêtir l'allure d'une véritable psychose, que celles plus effacées que Kahlbaum et Hecker avaient décrits sous le nom de cyclothymie.

En effet, les unes et les autres sont fonctions d'un même vice constitutionnel. Toutes deux révèlent le tempérament cyclothymique au même titre qu'une simple douleur dans la région du cholédoque, aussi bien qu'une véritable colique avec ictère, révèlent la diathèse hépatique.

La constitution cyclothymique peut donc donner lieu à des accidents d'intensité extrêmement variable et qui peuvent se succéder chez le même malade : aussi nous em-

ploierons le mot cyclothymie dans le double sens que nous venons d'exposer, ainsi que nous emploierions d'ailleurs le mot d'épileptique aussi bien pour le malade sujet à de grandes crises comitiales, que pour celui qui ne se serait jamais plaint que de courtes absences ou de quelques rares vertiges.

La constitution cyclothymique se caractérise donc, comme son nom l'indique, par une circularité de l'humeur ; et son trouble fondamental paraît surtout se trouver dans le domaine de la sensibilité morale et affective.

Or, chez ces déséquilibrés constitutionnels de l'humeur, dont l'hérédité mentale toujours lourde présente souvent des tares similaires ; chez ces malades dont l'affection est nettement caractérisée à la fois par son origine et par son évolution, ce qui la rend par conséquent bien difficilement discutable comme entité morbide, nous avons quelquefois observé parmi d'autres symptômes habituels, des obsessions plus ou moins intenses, et plus ou moins caractérisées.

Le probléme donc, se pose de savoir quel est le lien entre l'obsession d'une part et la constitution cyclothymique d'autre part.

On n'ignore pas que M. Pierre Janet a groupé sous le nom de psychasthéniques des malades qui, justement, se présentaient surtout comme des phobiques, des abouliques, des obsédés.

Or, de ce groupement de malades à la vérité polymorphes, groupement qui n'a comme raison d'être que la présence d'un symptôme commun, il nous semble qu'il faut distraire certains obsédés, qui sont surtout et avant tout des cyclothymiques, c'est-à-dire des déséquilibrés constitutionnels de l'humeur et chez lesquels l'obsession, loin d'être un caractère pathologique dominant et caractéristique, n'intervient que comme un symptôme adventice au cours d'une entité morbide bien définie à la fois par son origine et par son évolution.

Pour en revenir à une comparaison de médecine générale, ce qui fait la diathèse hépatique, ce n'est pas l'ictère qui peut apparaître au cours de la migration d'un calcul. Cet

ictère, dans combien d'autres affections étiologiquement et cliniquement différentes, ne le rencontre-t-on pas ?

Ce qui fait la diathèse hépatique, ce sont les crises, fréquentes ou rares, légères ou intenses, simples ou compliquées, qui surviennent dans le curriculum vitæ du malade, dont l'hérédité si souvent présente une tare similaire ! Ce sont les mêmes caractères qui profilent la cyclothymie, et le cyclothymique, obsédé, est d'abord un cyclothymique, c'est-à-dire un malade appartenant à un cadre psychiatrique bien défini, avant d'être un obsédé .Dans ce même congrès, MM. Deny et René Charpentier vous présentent des observations de psychose maniaque-dépressive et d'obsessions ; la malade dont nous allons vous relater l'histoire a présenté des oscillations de l'humeur plus faibles, plus effacées, et — partant — plus difficiles à étudier.

L'analyse de son histoire pathologique ne laisse pas que d'être délicate — et plus que pour des cas bien nets — la discussion trouvera ici une large matière.

Mais justement il nous a paru intéressant de la rapporter, car il appartient à ces cas frontières qui souvent viennent combler un vide entre des observations plus caractérisées, en apparence divergentes, et former une transition qui permet en les rapprochant, de se rendre compte de leur parenté étiologique.

Cyclothymie. — Troubles dépressifs de l'affectivité, obsession de l'interrogation. — Excitation de la pensée.

Mme M..., née S..., rentre le 29 octobre 1908 à la Salpêtrière dans le service de M. Deny avec le certificat suivant :

« Présente des accidents mentaux consistant principalement à l'heure actuelle en dépression avec dégoût du travail, apathie, tendance à l'obsession, velléité de suicide. Cet état nécessite son traitement dans un établissement spécial. »

Signé : Docteur E.-B. Leroy.

Elle est âgée de 34 ans. C'est une femme d'aspect doux, au regard animé. Son attitude est naturelle, nullement inquiète ;

elle inspire la sympathie, sa voix est douce, harmonieuse, elle expose les troubles dont elle souffre avec sincérité, intérêt, et un désir évident d'en avoir l'explication, de pouvoir en être soulagée. Elle eut une bonne instruction, fut à l'école puis au couvent ; elle aimait beaucoup lire et avait un faible pour les romans. Fille naturelle, elle n'a pas connu son père, sa mère est morte tuberculeuse. Une de ses tantes est morte folle. Deux frères et une sœur sont morts tuberculeux.

Elle fut réglée à 14 ans, pas très bien. Elle souffrit souvent de migraines débutant par les yeux ; ces migraines qui ont commencé à l'âge de 9 ans duraient trois jours en général et étaient tellement intenses que la malade n'y voyait plus ; elles étaient souvent accompagnées de vomissements ; elles ont cessé depuis son mariage, ou plutôt elles ont changé de caractère ; elles ont été remplacées par des céphalées, qui revenaient 5 ou 6 fois par mois et qui, avant les crises de dépression, augmentaient de fréquence. La malade était sujette, en outre, aux éruptions d'urticaire, surtout après des digestions lourdes ou l'ingestion de poisson. Elle est très constipée, mais a un bon estomac. Ses digestions sont plus lourdes et sa constipation plus opiniâtre au moment de ses crises. Elle a beaucoup de pertes blanches. Opérée d'une ovariotomie simple et unilatérale il y a six ans par le Dr Poirier, elle a cependant encore des pertes blanches abondantes. Il y a deux mois elle fait analyser ses urines et l'on a constaté une phosphaturie assez abondante.

Elle souffre souvent de douleurs surtout aux genoux.

Voici l'histoire de sa maladie telle qu'elle nous la raconte. Nous la transcrirons sans rien y changer et en conservant le décousu léger des phrases qui n'est pas sans intérêt.

« J'avais 7 ans, nous étions devant la cheminée à la campagne, et l'on causait d'un enterrement qui avait eu lieu ; tout d'un coup je me mets à pleurer, j'avais ressenti au cœur un choc brusque ; cela dura quelques minutes seulement. A l'âge de 15 ans, après la mort de ma petite sœur, qui me fut annoncée brusquement, je me mets à rire comme une folle puis à pleurer, je ne voulais ni manger ni vivre, il me semblait que tout était fini.

« A l'âge de 18 ans, à propos d'un sermon sur « Tout lasse », j'ai ressenti le même choc dont je vous ai déjà parlé, mais alors cela a duré tout l'hiver. J'étais triste, je n'avais de goût à rien. Pour un oui ou pour un non, je pleurais, je recherchais dans ma mémoire des choses passées pour raviver mes larmes, je me sentais différente des autres. Je me disais : « C'est drôle que je sois comme cela. » Tout le monde autour de moi était étonné du changement qui s'était opéré en mon caractère. Auparavant, j'étais vive, tapageuse, indisciplinée, excitée; les bonnes sœurs m'appelaient « la pétroleuse ». Maintenant elles disaient : « Tiens, la voilà convertie. » Je me marie à 23 ans. Je suis enceinte un an après. 9 jours avant d'accoucher, à propos de rien, il me prend une angoisse au cœur, je sens que je ne suis plus comme auparavant. J'avais un voile devant les yeux, j'aurais marché dans la rue comme une somnambule, je ne me sentais pas comme d'habitude, mais je n'avais pas d'obsession ; mes idées n'étaient portées sur rien. Cependant déjà je me demandais de temps en temps « pourquoi fais-je ceci ? pourquoi cela ? » Cette crise a duré à peu près un mois.

« Il y a 6 ans, 4 ans après cette dernière crise, j'étais encore enceinte d'un mois. Cela a commencé par la même chose : des chocs au cœur en me réveillant. J'avais la manie de m'interroger, je me posais un tas de questions : « Qu'est-ce que c'est que le bien ? Qu'est-ce que c'est que le mal ? » Je souffrais, il y avait des moments où je ne cessais pas une minute de m'interroger ainsi. Je ne serais rentrée dans une boucherie pour rien au monde. Il me semblait que les animaux étaient comme nous, qu'ils avaient pensé et souffert. Je ne pouvais pas non plus regarder le blanc des yeux des personnes, il me suffisait de les regarder pour que cela me produisit des chocs. Je ne pouvais pas non plus regarder les dents d'une personne, cela me faisait un drôle d'effet ; j'avais toujours la pensée de devenir folle. J'avais peur de mordre. C'étaient des idées qui me venaient ainsi, je sentais bien que j'étais malade, mais je ne pouvais pas les chasser. Cette crise a duré six mois, elle a surtout été forte pendant six semaines. Je ne m'en suis jamais remise, tout au moins complètement. J'ai eu après des angoisses, des chocs, mais cela s'est vite terminé, car je réagissais.

Pendant la crise je ne mangeais pas, je ne dormais pas, j'avais un mal inouï à quitter mon lit. Depuis déjà un mois, je dormais mal, lorsque le 29 août 1908, à 11 heures du soir, après avoir déjà dormi, je me réveille agitée. J'ai senti un choc au cœur, je me suis dit « ça y est ». Le lendemain mon mari est revenu (il avait passé la nuit dehors pour ses affaires). Il me trouve en larmes. Des palpitations me prennent, je suis désorientée, je soupire. Une sensation de chaleur me traverse tout le corps. Il me semble que ma tête va éclater. J'éprouve une sensation de vide dans tout le cerveau. Je ne sais plus ce que c'est que rire ou pleurer, et c'est ce qui m'obsède, je ne souffre nulle part dans la tête ; je me dis : « Occupe-toi de tes enfants ». Eh bien, je le fais, mais ce n'est plus la même chose. Leurs caresses ne me touchent plus. Je souffre de les envoyer promener dans mon impatience, mais s'ils viennent trop près de moi je souffre aussi. Quand je cause, je ne sais plus où j'en suis. L'obsession revient. L'appétit suit la marche des idées. Quand elles sont calmes, je mange mieux. Je n'ai plus de goût à mon travail. toute la journée je me demande « pourquoi est-ce qu'on rit, pourquoi est-ce qu'on pleure », et le choc arrive, et mon cœur se serre.

» Quand je lisais des romans où des mères faisaient du mal à leurs enfants, j'avais peur d'en faire autant aux miens.

» Je n'éprouve aucun désir, je ne trouve rien de beau et rien ne me fait plaisir. mes enfants, mon mari me sont indifférents, eux que pour rien au monde je n'aurais voulu quitter une minute, je les ai abandonnés avec mon ménage et je n'en souffre pas. Ce qui me torture le plus, c'est que les autres sont heureux, lorsqu'ils ont du bonheur, et que moi je suis indifférente et je ne jouis pas de la vie. Je suis incapable de prendre une décision ; chez moi, pour le repas, je ne savais quel mets préparer. J'avais beau me dire, je vais faire ceci, je vais faire cela, je suis incapable de rien faire ni de travailler. A peine suis-je un peu calme que l'angoisse me prend. C'est un choc au cœur et je me demande toujours la même chose : pourquoi rit-on, pourquoi pleure-t-on ? qu'est-ce que le bonheur et qu'est-ce que le malheur ? Ce qui me torture, c'est de ne rien sentir ; il n'y a pas de jour où cela ne me prenne une

ou deux fois. Quand je souffre trop, je me dis : « Il vaudrait mieux en finir. » Si je n'étais pas croyante, je me serais certainement tuée. Je réagis, je me raisonne, je me dis : voyons, tu n'es pas venue jusqu'à 31 ans sans avoir ri et pleuré, toi aussi, mais cela n'y fait rien. Quelle angoisse de me réveiller, c'est à se cogner la tête contre les murs ; le matin, quand je me levais, en habillant ma petite fille, je ne faisais que crier après elle, et au bout d'une demi-heure, j'étais tellement fatiguée que j'aurais voulu me recoucher...

Mes pauvres petits enfants, quand je pense à eux, il me vient des larmes, et cependant, quand ils viennent me rendre visite ici cela me fait mal.

En dehors de mes crises de dépression, je suis très excitée, le fond de ma nature est de toujours remuer, les voisins me faisaient remarquer que je changeais continuellement mes affaires de place dans mon appartement. J'étais très emballée ; je vous ai déjà dit qu'au couvent on m'appelait la pétroleuse, et quand j'ai eu ma seconde crise, les bonnes sœurs disaient que j'étais devenue sage et que j'étais convertie. Quand je vais bien, je mange beaucoup, je dors bien, mais j'ai les digestions plus lourdes et je suis constipée.

De temps en temps, cependant, je me sentais fatiguée, anéantie, comme si l'on m'avait battue. D'autres fois encore j'abattais de l'ouvrage comme six, je ne m'arrêtais pas, les voisines disaient : « Il y en a assez pour aujourd'hui, je ne comprends pas comment vous pouvez en faire autant dans une journée. » Souvent, le matin, je me sentais fatiguée, puis tout d'un coup je me mettais à travailler, travailler, sans aucune lassitude, j'entreprenais tout, je me sentais contente, gaie, je chantais, mais même dans ces moments, je me disais : « Méfie-toi, tu vas voir, méfie-toi, ça va trop bien. » Une fois, j'étais en train de cuisiner, et je me suis trouvée tout étonnée de me trouver là, d'être présente. »

Pendant qu'elle nous narre l'histoire de sa maladie, le ton de la malade est calme, son débit est rapide et bien nuancé, mais sans trahir la moindre excitation.

Nous la revoyons le 21 novembre ; depuis son séjour à l'hôpital, elle a engraissé d'un kilo 1/2.

« Depuis que je suis ici, je souffre moins, je n'ai plus le souci de mes enfants, ni celui de mon mari, je n'ai plus à me préoccuper de tenir mon ménage. Je ne regrette pas d'être ici, mais la sensation justement de n'avoir pas le regret d'être séparée des miens me tourmente, je me dis : pourquoi ne suis-je plus comme avant, pourquoi cela ne me fait-il plus rien ? Depuis que je suis ici, je ne pense plus à la mort. Avant je craignais l'impulsion, je craignais de me jeter sous un train. Vous voyez, nous dit-elle en nous montrant son ouvrage, je travaille à un dessus de buffet pour chez nous, dans ma salle à manger. Quand mon mari est venu me voir, je lui ai demandé comment était tenu mon ménage, comment allaient mes enfants. Mon affection pour eux n'est pas éteinte, mais je ne sens pas comme je sentais autrefois et c'est cela qui m'angoisse, c'est la raison de cette différence de sentir que je cherche et c'est cette recherche qui m'obsède. »

Il y a certainement un léger mieux chez la malade, et, d'autre part, sa voix, son regard et même ses gestes dénotent un état d'excitation qui, quoique léger, s'est accru notablement depuis son entrée dans le service et qui contraste avec l'état de dépression qu'elle nous décrit. Elle demande à sortir jeudi prochain pour aller voir un de ses enfants malade de la scarlatine, et comme nous lui demandons si cela lui fait quelque chose de savoir son enfant atteint d'une maladie aussi grave, elle nous répond : « C'est très grave, je le sais, cela me fait tout de même quelque chose parce que je me dis que je ne devrais pas être ici, mais que je devrais être auprès de lui, Je suis contente d'aller le voir, mais d'un autre côté je regarde cela comme une corvée, je voudrais y aller et je voudrais déjà en être revenue. »

La malade vient de revenir de permission.

5 *décembre.* — Comme nous lui demandions l'impression qu'elle avait eue chez elle :

« Au commencement, j'ai été contente de voir mes enfants mais de suite après ma satisfaction est tombée. Je ne les aime plus. Cela m'est aussi indifférent de les voir que de les savoir morts. Je ne suis plus comme les autres. Je comprends bien la différence, mais je ne la sens pas.

« Dans l'intervalle de mes crises de tristesse, je sentais bien que j'étais trop gaie, et pendant mes crises, je sentais bien que j'étais trop triste, incapable de chasser mes mauvaises idées. Je sens bien que je suis à la porte, à l'antichambre de la démence. »

La malade est assez excitée, elle s'occupe des autres, de leurs visites, se plaint du personnel ; elle se plaint d'une malade, Mme P..., qui, dit-elle, est du personnel officieux. Elle vient d'écrire la lettre suivante :

M. le Docteur Deny,
Monsieur le Docteur,

Depuis que je suis ici, dois-je être considérée comme une malade qui a encore sa raison ou une malade qui ne l'a plus.

Dans le premier cas, je réclame et proteste contre une grande injustice ; dans le deuxième cas, je proteste encore contre une injustice de tous les instants, mais cette fois doublement injuste et cruelle parce qu'elle s'adresse à des êtres inconscients et incapables de se défendre.

Monsieur le Docteur, il y a ici, dans la salle Erasme, une personne qui est, comme moi, probablement malade, puisqu'elle occupe une place dans cette salle ; mais aux yeux de Mme B... (1) et de bien d'autres personnes du personnel, elle est considérée comme normale, du moins je le crois, d'après la foi et la véracité que l'on accorde à ses rapports.

Pourquoi, si elle est malade, la croit-on sur parole, alors que nous autres nous n'avons ni le droit, ni la liberté de faire ni une réclamation, ni formuler une opinion sans qu'elle soit contrôlée et critiquée, surtout par cette personne et rapportée en haut lieu ?

Et pourquoi, à tout bout de champ, pour un oui ou pour un non, nous rappelle-t-on notre glorieux titre d'aliénées ? Si encore cette personne essayait l'influence qu'elle exerce sur le personnel pour le bien et l'amélioration de ses compagnes, moi la première je lui dirais merci. Mais il en est tout autrement.

Car il est dans cette salle et dans la section Rambuteau,

(1) La surveillante en chef.

bien des malades qui la craignent et qui sont complètement terrorisées par elle. Je connais assez mes compagnes d'infortune pour savoir qu'aucune d'elles ne prendra l'initiative d'une plainte ni d'une accusation, soit par crainte de ses suites, par peur de l'avenir ou manque de franchise.

Peut-être serai-je plus malade un jour, ne sachant pas ce que l'avenir me réserve, peut-être paierai-je bien cher ma démarche d'aujourd'hui, sachant déjà par expérience qu'il en cuit toujours d'être franc. Mais que m'importe, je ne compte que sur Dieu, Dieu qui juge des intentions et non pas des actions.

C'est l'usage ici, sitôt qu'on réclame quelque droit, de passer pour agitée, mais les causes de l'agitation ne vous sont pas toujours fidèlement rapportées. Peut-être vous aussi, Monsieur le Docteur, en lisant ma lettre, vous direz en vous-même : « c'est une malade ; diagnostic : monomanie dépréciante. » Et je ne me permettrai pas, Monsieur le Docteur, à vous contredire, mais je tiendrai à vous faire croire que je l'ai contractée ici. Je tiens avant tout mettre Mlle Legrand, notre surveillante, hors de cause, la jugeant très droite et très juste, compatissante aux malades ; mais je crois que son rapport ne doit passer ici qu'après celui de Mme Petit qui est ici, l'âme de la salle. Tout le monde ne marchant que d'après elle, par crainte de son pouvoir sur notre surveillante en chef.

N'ayant que vous, Monsieur le Docteur, comme défenseur de droits, et moi me jugeant égale à elle et mes compagnes égales à moi, je réclame justice et liberté pour nous tout comme pour elle.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'expression de ma profonde gratitude.

Le 15 janvier, la malade, tout en ayant ce même état de dépression psychique et ses mêmes obsessions interrogatives, va un peu mieux. L'état de légère excitation qui s'est surtout manifesté au mois de décembre par ses plaintes contre certaines malades, certains membres du personnel, s'est également atténué ; mais voici une autre lettre qu'elle écrit à M. Deny à la fin du mois de janvier.

Monsieur le Docteur,

Veuillez m'excuser d'avoir pris la liberté de vous écrire quoi qu'ayant une très grande confiance en vous, j'aime mieux vous dire par écrit plutôt que de vive voix ce que je suis et ce que je ressens. Là-haut, ne vous voyant jamais seul, mais quoique ayant confiance aussi en ces Messieurs, j'éprouve une certaine gêne à parler devant eux tous. Ne doutez pas de moi, Monsieur, et veuillez croire que je n'exagère pas mon état ; depuis trop lorgtemps, j'ai l'habitude d'analyser tous mes actes et de rechercher le pourquoi avant d'agir. Peut-être est-ce le résultat de l'éducation morale que j'ai reçue, ayant été au couvent de 12 à 21 ans

Dans ces maisons où tout est devoir de conscience, sans exagération pourtant, on apprend à modérer sa nature, à rectifier son jugement, et à parler sans détours et sans crainte.

Si je suis venue ici, Monsieur le Docteur, c'était pour me reposer, oui, mais pas dans le sens qu'on veut bien me dire ici.

Si j'ai quitté mon intérieur, mes enfants, qui jusqu'ici étaient le but de ma vie, c'est que moralement j'étais à bout.

Depuis 12 ans que je suis mariée, c'est la 3e fois que je suis malade, et jusqu'à cette fois j'ai toujours remonté le courant, mais aujourd'hui je commence à douter de moi, j'ai peur de ne jamais revenir ce que j'étais autrefois. Je me fais l'effet de ces malades tués par eux-mêmes, minés lentement, pour avoir abusé de certaines sensations permises et dont il ne faut pas abuser.

Quand j'étais au couvent, ma maîtresse de broderie me disait souvent : « A quoi pensez-vous, petite ? Vous avez de la nostalgie dans le regard, on dirait que vous regrettez toujours quelqu'un ou quelque chose. » Et c'était vrai. En ce temps là je n'analysais guère mes sentiments ; sans me rendre compte au juste de ce que j'éprouvais, je me sentais toujours inquiète, avide de sensations, tourmentée de cœur et d'esprit, me nourrissant moi-même de mon cœur et de mes idées, et éprouvant quelquefois des lassitudes morales, résultat de mes trop fréquentes rêveries. Aussi ai-je conscience que j'ai abusé moralement, mais est-ce la faute de ma volonté, ou plutôt,

comme vous l'avez dit vous-même, Monsieur le Docteur, de ma constitution. Moi-même, si j'avais eu le choix, j'aurais choisi une nature plus calme et moins sensitive, et aujourd'hui peut-être je ne me débattrais pas entre la folie et la raison, car, quoique vous me disiez, Monsieur, je me connais et j'ai conscience de mon cas. Je m'achemine vers la folie, peut-être pas de suite, mais sûrement et fatalement j'y arriverai, à moins que dans l'intervalle je ne meure d'une maladie quelconque.

Depuis 6 ans j'ai l'intuition de porter mon mal, et mon unique but était de finir d'élever mes enfants ; y arriverai-je ? Je suis doublement malheureuse, ayant toutes mes autres facultés aussi nettes qu'autrefois, personne ici, hormis vous Monsieur, ne me croit malade, encore bien moins les personnes du dehors, même mon mari ; si je lui disais seulement le tiers de ce que je sens, il me rirait au nez, et cependant il a été juge et témoin pendant les deux mois que j'ai passés à la maison.

Croyez-moi, Monsieur, je suis sincère, il n'est pas une seule de vos grandes malades dont je n'envie le sort. Tout comprendre, percevoir le but de tout acte et ne rien ressentir. Que manque-t-il en moi ? La pensée je l'ai, la volonté aussi, je la sens aussi forte qu'autrefois. Pour agir, il faut d'abord avoir la pensée, ensuite la volonté, et puis quoi ?... Après c'est le vide que je sens ; pour accomplir une action il faut autre chose, pour la faire bonne ou mauvaise il faut la sentir et quand je cherche en moi cette absence de sensation, là j'éprouve réellement le chaos. Pour moi c'est l'angoisse affreuse d'un cerveau qui se sent sombrer. Dans ces conditions, comment vivre parmi les miens, alors que moi-même j'ai besoin de guide et de réconfort ?

Je me sens incapable de diriger cinq personnes, surtout des enfants qui ont tant besoin de sentir la supériorité de ceux qui les dirigent. Je ne crois pas, Monsieur le Docteur, que vous mettiez en doute ma sincérité, et si quelquefois j'ai des velléités de révolte contre certaines personnes du personnel et que dans ces instants je réclame ma sortie, vous savez bien que si j'étais prise au mot je serais la première à le regretter.

Je ne suis pas parfaite, Monsieur, je le reconnais, mais dans certains cas je crois avoir raison. Je ne parle pas pour moi, mais pour certaines de mes malheureuses compagnes dont on ne regarde que la déchéance. On ne voit pas ce qu'elles ont été et ce qu'elles ont souffert avant d'arriver à l'état où elles sont.

S'il me fallait vous dire, Monsieur le Docteur, la conduite de certaines infirmières envers certaines malades, vous ne me croiriez pas, croyant à une exagération de malade.

On n'admet pas ici qu'une malade puisse se plaindre ; elle a tort avant d'avoir parlé. On refuse de reconnaître qu'elles ont quelquefois des moments de lucidité. Si une malade redevient quelques minutes elle-même, de suite on s'empresse de lui dire qu'elle est folle, un mot qui, à mon idée, ne devrait jamais être dit devant une malade.

Croyez-vous, Monsieur le Docteur, qu'il faut réellement se sentir malade pour demander de rester vivre dans un tel milieu. L'idée par elle-même n'est-elle pas déjà maladive ? Mais telle est ma peur de moi que malgré tout, ici, je me sens plus calme, et plus à ma place, plus chez moi et pourtant ma pensée constante est auprès de mes enfants ; par ces temps de froid et de vilain temps, je voudrais les avoir près de moi et leur donner certaines attentions qu'ils n'ont pas loin de leur maman.

Admettez-vous, Monsieur : être capable de le comprendre et ne pouvoir le faire ; les savoir malheureux par ma faute, et rester là, moi qui autrefois aurait bondi rien que de les confier quelques heures à d'autres. Il est vrai que j'ai trouvé le courage de vivre 1 mois comme cela alors que je me croyais incapable de le faire 8 jours. On dit que c'est une lâcheté de se détruire, mais je trouve qu'il faut pour cela une grande énergie et une grande volonté. Qui me retient de le faire ? Tout en moi s'y oppose, d'abord mes croyances, et puis j'ai peur de la mort, et pourtant n'est-ce pas la fin de tous les maux ? Je n'ose encore sonder à fond cette pensée, j'ai peur de moi.

Veuillez encore une fois excuser ma liberté, Monsieur le Docteur, mais j'ai tenu à vous faire connaître mon état d'ame.

Puissent toutes celles qui me ressemblent avoir la même franchise et la même confiance à votre égard et y trouver, comme moi, Monsieur le Docteur, un allègement de quelques heures à leur triste et cruelle infortune.

Le 8 mars, nous revoyons la malade : « Même quand je suis ici, il y a des jours où j'ai du mal à rester tranquille, et d'autres où je ne bouge pas, je sens que je vais mieux, que cela revient tout doucement ; je ne trouve pas le temps long après mes enfants. Il y a des moments où je me demande : pourquoi suis-je ici ? Je devrais être chez moi, et de suite après je me dis : « Heureusement que je suis ici ; je ne pourrais pas m'occuper de mes enfants comme je le voudrais. » D'ailleurs, je sens bien qu'il ne faudrait pas qu'ils me causent, qu'il ne faudrait qu'ils me caressent, je ne pourrais pas leur répondre, ou du moins, si ; je leur répondrais par convenance, mais pas parce que je sentirais la douceur de leurs caresses, puisque je ne sens plus comme autrefois. J'apprécie bien des choses, mais je n'en jouis pas. Au début, lors de mon arrivée, je n'aurais pas plus souffert de perdre un enfant, que d'apprendre qu'un indifférent est mort ; maintenant, je n'ai plus ce sentiment là parce que je sens bien que je vais mieux.

Nous avons demandé à la malade de vouloir bien nous écrire ce qu'elle ressentait, voici la lettre que nous avons reçue :

Monsieur,

Quoi vous apprendre que vous ne sachiez déjà ?

Sur ma maladie vous êtes au courant aussi bien que moi.

La différence, c'est que vous êtes la théorie et moi la pratique. Mes rêves d'enfant — embrasser ma nourrice vingt fois par jour, d'abord parce que je l'aimais bien, ensuite pour qu'elle me laisse courir les champs, les bois, barbotter dans la rivière, grimper aux arbres, voler les fruits, les partager avec tous les gamins et gamines du voisinage.

C'était le meilleur temps, celui-là, fillette. Je voulais être maman. Quelle précocité ! mais croyez-moi, Monsieur, je ne pensais pas plus loin.

Mon rêve s'est réalisé puisque j'ai élevé une petite sœur, depuis sa naissance, jusqu'à 3 ans 1/2, époque à laquelle je suis

rentrée au couvent. Elle est morte d'une maladie de langueur à 5 ans, sa dernière parole a été pour moi.

Jeune fille, j'aimais beaucoup la lecture, mais comme tous les livres étaient visités avant de passer dans nos mains, nulle crainte pour l'imagination.

Dans mes conversations avec mes compagnes, franchement, Monsieur, de quoi vouliez-vous que l'on parle, sinon du mari rêvé, de l'idéal que chacune attend.

Faut croire que j'étais assez exigeante, que je réclamais un mari trop parfait, puisque tante Thérèse, une vieille religieuse, me disait toujours : celui que vous désirez, ma petite, n'est pas encore né, si vous voulez tant de perfections dans l'homme, attendez vous à beaucoup de déceptions, à moins, ma chère enfant, que vous vous consacriez à Dieu, lui seul remplit les conditions que vous demandez. Non, ma sœur, le bon Dieu a trop d'épouses, moi je veux un mari pour moi seule et puis enfin ma sœur, vous me connaissez assez pour savoir que je ne suis pas faite pour la vie contemplative, c'est la vie active qu'il me faut.

Maintenant, Monsieur, femme mariée, mon rêve était d'aimer mon mari, être à lui, corps, cœur, âme, mais il paraît que c'est un rêve qui se réalise pour bien peu. Heureusement que par les enfants il y a compensation.

Vous m'avez dit, Monsieur, que j'étais romanesque, moi, je m'examine bien et je ne trouve pas !

J'aime les livres scientifiques quand ils ne sont pas trop rasants. Ceux qui parlent de récits, de voyages, mais pas dans la lune !

Ceux qui parlent de sentiments naturels, mais vrais, sincères ; là dessus, croyez-moi, Monsieur, je suis bon juge.

Mais je n'aime pas ceux qui faussent l'imagination, le jugement : dans ces livres-là, les femmes sont trop parfaites, elles ont des corps, des têtes, merveilles de création ! et comme la perfection n'est pas de ce monde !...

Et les hommes, c'est encore pire. Quelle prévenance, quelle abnégation, quel oubli d'eux-mêmes, et surtout quelle affection sincère pour les femmes qu'ils aiment.

Là est le vrai roman, rien de tout cela existe, ou très peu.

Comment alors voulez-vous, Monsieur, que je trouve plaisir à lire des choses qui n'existent pas plus que l'histoire du Chaperon Rouge et du Petit Poucet ! J'ai passé l'âge de les croire ? Je ne suis pas comme les héroïnes des romans, je n'ai pas toutes leurs qualités.

Au contraire, je pencherais plutôt vers les 7 péchés capitaux.

De la patience, j'ai la toute petite mesure.

De la jalousie, oui je le suis, mais que pour ceux qui me touchent, d'ailleurs on n'est jaloux que du bien que l'on aime; à part cela, je ne jalouse ni n'envie personne, le bien ou le bonheur des autres ne me font pas souffrir.

De l'orgueil, rien que de vous dire que je n'en ai pas, c'est déjà un mauvais point ; enfin, Monsieur, mettez-en tout de même quelques grammes !

De la paresse, oh ! alors là je me redresse et me mets des gants.

Gourmande, ma foi oui, j'aime les bonnes choses, je ne me rappelle que 4 indigestions !

De la colère, ce n'est pas mon défaut dominant, mais je le connais tout de même, nous ne sommes pas tout à fait étrangers l'un et l'autre.

Enfin, Monsieur, je reconnais que j'ai un peu tous les défauts de mon sexe.

Je ne veux pas vous dire que je me reconnais aussi un peu toutes ses qualités, vous me mettriez une mauvaise note et je ne veux pas ! je tiens à être bien jugée par vous.

Maintenant, Monsieur, mon rêve actuel est de reprendre assez de courage et d'énergie pour finir d'élever les enfants et continuer d'être leur maman.

J'abdique tout le reste et ne tient plus rien à autre chose qu'à eux.

Vous m'avez dit l'autre jour, Monsieur, que vous, à ma place, vous réagiriez ; c'est une petite pierre que vous me jetez, et pourtant je vous assure, Monsieur, que c'est tout à fait indépendant de ma volonté.

Depuis que je suis mariée, c'est la troisième fois que je suis malade et toujours c'est les enfants qui m'ont fait réagir.

» Aujourd'hui rien n'est assez puissant : Pourquoi ? Moi qui ne demande qu'à continuer comme autrefois. Mais vivre sans

rien sentir, ce n'est pas possible. Je ne peux pas remplir mes actes journaliers dans ces conditions-là.

Pour clore ma lettre, Monsieur, je n'aime ni les bals, ni les théâtres, toutes les musiques me portent à pleurer.

Veuillez m'excuser, Monsieur, de ma trop longue épître, mais ayant confiance en vous, j'ai écrit selon mes idées.

Pendant tout le séjour de la malade, nous avons observé de fréquentes poussées d'excitation cyclothymique dont deux ont ici leur traduction dans la première et la troisième lettres.

Avant de rechercher dans cette observation les points qui nous paraissent renfermer le plus d'intérêt, qu'on nous permette de noter dans l'ascendance de notre malade, l'existence d'une tante aliénée. Il ne nous a pas été possible de savoir quelle était son affection mentale. Aussi ne pouvons nous pas insister sur l'hérédité similaire si fréquente chez les cyclothymiques.

Chez cette femme l'humeur est vive, tapageuse, indisciplinée, si bien qu'au couvent on l'appelait « la pétroleuse ».

Elle était très excitée, elle changeait continuellement ses affaires de place dans son appartement. Elle abat de l'ouvrage comme six, dit-elle. Elle se mettait à travailler, travailler sans aucune lassitude. Elle entreprenait tout, elle était contente, gaie, elle chantait. Ses voisines étaient surprises de la quantité de besogne quotidienne qu'elle accomplissait. A cette capacité de travail, à cette soif de mouvement, à cette instabilité qui se traduit par le besoin de changement, à cette gaieté de l'humeur, se joint une excitation de l'esprit et de la pensée.

« Je me sentais toujours inquiète, écrit-elle, avide de sensations, tourmentée de cœur et d'esprit, me nourrissant moi-même de mon cœur et de mes idées », et plus loin : « Aussi ai-je conscience d'avoir abusé moralement. — « Si j'avais eu le choix, ajoute-t-elle, j'aurais choisi une nature plus calme et moins sensitive. »

Voilà un des aspects de cette malade. Voilà comment elle est habituellement. Cependant, à six reprises différentes, pendant sa vie et durant des périodes de durée extrêmement variables, son humeur change du tout au tout.

Ces six crises sont survenues :

La première à l'âge de 7 ans ;

La seconde à l'âge de 15 ans ;

La troisième à 18 ans et dure tout un hiver ;

La quatrième à 24 ans et dure un mois ;

La cinquième à 28 ans, dure 6 mois et depuis ce moment, l'humeur de la malade reste instable de plus en plus ;

Enfin la sixième crise débute le 29 août 1908 et lorsque la malade quitte la Salpétrière, en avril 1909, elle n'est pas encore terminée.

Ces crises ne se ressemblent pas. Dans la première, comme nous l'avons vu dans l'observation, c'est à propos d'un enterrement dont on parlait devant elle, que l'enfant se met à éclater en sanglots.

Dans la seconde, la tristesse avait sa raison d'être : sa sœur venait de mourir. C'est dans la troisième crise, qui a duré tout un hiver, que commencent à apparaître certains caractères bien nets.

Tout d'abord, le ton de l'humeur change brusquement, sans raison, peut-on dire. C'est un simple sermon sur « tout lasse » qui ébauche la période de tristesse.

Cela débute d'abord par un « choc au cœur. » Puis la malade cherche tout ce qui peut raviver sa tristesse. Il y a là, dans cette énumération continuelle de pensées moroses, une véritable excitation de l'esprit — qu'on ne rencontre pas dans les formes pures de la dépression cyclothymique — et qui contraste avec l'affaissement de l'humeur, tellement net, que les religieuses qui auparavant traitaient la malade de « pétroleuse », à cause de la vivacité de son caractère, étaient frappées de ce changement à vue, et disaient : « La voilà convertie, maintenant. »

Les deux crises suivantes coïncident avec des commencements de grossesse. Elles débutent également par une réaction anxieuse, par un choc au cœur. La malade ne se sent pas pareille aux autres, elle ne se sent même plus semblable à elle-même. Sa coenesthésie morale est faussée ; et elle s'en demande la raison, sans cependant que ces questions prissent encore la forme obsédante.

C'est dans la quatrième crise que l'obsession apparaît. La malade s'interroge sans cesse : « Qu'est-ce que le bien ? Qu'est-ce que le mal ? » Ces interrogations continuelles étaient accompagnées de souffrance morale et de tristesse profonde. A ces obsessions de l'interrogation se joignent des phobies : la malade ne pouvait pas entrer chez un boucher ni regarder les yeux ni les dents des autres personnes. Elle avait peur de mordre, de devenir folle...

Mais ces phobies et ces obsessions ne faisaient que se greffer sur des symptômes de dépression de la motilité, la malade quittait son lit avec la plus grande peine), de la tristesse et des troubles de l'affectivité qui prennent alors toute leur intensité dans la crise suivante :

La malade quitte ses enfants, son mari, vient se réfugier à la Salpêtrière : elle a des instants d'anxiété douloureuse, la vie lui est pénible. Voir ses enfants lui fait mal ; ils lui sont devenus complètement indifférents. Elle n'a plus de phobies, mais elle est encore obsédée par des interrogations qu'elle se pose à elle-même d'une façon incessante.

Ainsi donc toutes ces crises ont un caractère commun : la tristesse, la dépression de l'humeur. Elles ont débuté dans le jeune âge. Elles sont devenues de plus en plus longues et ce qui a dominé dans la dernière, c'est un trouble profond de l'affectivité.

Les obsessions ne sont apparues que vers la quatrième crise, ont atteint leur maximum dans la cinquième et semblent avoir diminué dans la dernière. Elles offrent ce caractère particulier, c'est qu'elles ont toujours porté sur des interrogations que se pose la malade au sujet du changement qui s'est opéré dans sa sensibilité morale, et dont elle se rend parfaitement compte. Avant l'apparition de cette obsession de l'interrogation, nous avons vu qu'elle recherchait sans cesse dans sa mémoire les idées tristes du passé pour alimenter sa mélancolie. Ce ressassement continuel de souvenirs moroses et l'obsession de l'interrogation ne nous semblent être que des manifestations équivalentes d'une excitation de la pensée à laquelle la dépression de l'humeur donne sa couleur spéciale.

Quant aux phobies que cette malade a présentées dans son

avant-dernière crise, leur apparition tardive, leur disparition ensuite montre leur caractère accessoire : elles sont dans un rapport intime avec le trouble profond de la coenesthésie morale, et la malade, comme on l'a vu dans l'observation, les explique elle-même en mettant en lumière leur rapport avec toutes les pensées tristes ou redoutables qu'elle évoque sans cesse.

Aussi pensons-nous pouvoir proposer l'explication suivante :

Chez cette cyclothymique, dont la cyclothymie est caractérisée par des périodes de dépression de l'humeur, alternant avec d'autres périodes de gaieté et d'hyperactivité, nous avons rencontré, dans certaines de ses crises, des obsessions et des phobies.

Alors que dans des états purs, les domaines affectifs et intellectuels sont uniformément ou déprimés ou exaltés, nous croyons qu'on peut expliquer des cas semblables par la coexistence de la dépression dans le domaine affectif et de l'excitation dans le domaine intellectuel.

Ce qui crée la cyclothymie, c'est la déséquilibration de l'humeur. Cette déséquilibration n'est pas toujours faite d'une alternance d'états purs.

Rien n'empêche que l'affectivité, que la pensée ne puissent perdre leur équilibre simultanément et dans des sens différents.

La dépression de l'affectivité entraîne le ton de l'humeur et l'excitation de la pensée ne pourra que revêtir, dans ce cas, une couleur uniformément triste, et il semble que c'est ainsi que l'ait compris Griesinger lorsqu'il écrivait :

» Le malade se sent en proie à la tristesse (1), or il n'est habitué à n'être triste que sous l'influence des causes fâcheuses. De plus la loi de causalité exige que cette tristesse ait un motif, une cause, et avant qu'il s'interroge à ce sujet, la réponse lui arrive déjà. Ce sont toutes sortes de pensées lugubres, de sombres pressentiments, d'appréhensions qu'il couve et qu'il creuse jusqu'à ce que quelques-unes de ces idées soient devenues assez fortes et assez persistantes pour se fixer au moins pour quelque temps. »

(1) Griesinger, *Maladie mentale*. Trad. Doumic, p. 269.

Et c'est ainsi que naissent ces interrogations obsédantes sur le terrain de la dépression affective.

Loin d'être un symptôme capital, elles ne font que s'ajouter au tableau clinique de certaines formes d'états cyclothymiques.

C'est ainsi que nous croyons pouvoir en expliquer la présence, en les rattachant à cette déséquilibration constitutionnelle de la sensibilité affective et morale dans le curriculum de laquelle elles ne jouent qu'un rôle purement épisodique.

Essai des Tests psychiques scolaires pour apprécier l'aptitude intellectuelle au service militaire, par J. Simonin, médecin-major de 1re classe, professeur de médecine légale au Val-de-Grâce.

I

Depuis quelques années, on se préoccupe, en France comme à l'étranger, de trouver une méthode simple et rapide qui permette d'apprécier le niveau psychique des recrues, considéré au point de vue de l'aptitude au service militaire.

M. Binet, le très distingué professeur de psychologie à la Sorbonne, et M. le docteur Simon, médecin des Ecoles de la Seine, ont récemment proposé d'appliquer aux appelés du contingent un ingénieux procédé d'estimation de la valeur intellectuelle qu'il ont imaginé et mis à l'essai, avec un certain succès, dans les Ecoles communales de la Ville de Paris, ainsi que chez les élèves des cours d'adultes de la même Ville (1).

Il semblait que cette méthode devait permettre d'écarter des rangs de l'armée un certain nombre d'arriérés ou de dégénérés inférieurs qui représentent des non valeurs militaires, et qui constituent un obstacle à la marche régulière de l'instruction, en même temps qu'ils peuvent créer des situations délicates au point de vue de la discipline.

A l'origine, MM. Binet et Simon avaient eu pour but de rechercher les arriérés scolaires proprement dits, c'est-à-dire ceux dont le psychisme est réellement inférieur, et non point

(1) *Année psychologique*, 1908.

les simples retardataires que Cruchet (1) a désignés sous le nom d'arriérés pédagogiques. Chez ces derniers, en effet, la faiblesse des connaissances acquises peut tenir à des causes multiples qui n'ont rien à voir avec le psychisme naturel, elle s'apprécie uniquement par l'*Exploration pédagogique*.

Les tests scolaires destinés à révéler l'arriération vraie ou déficit psychique naturel, utilisent en principe d'une façon exclusive l'*Examen psychologique*, dont le but est d'explorer la série des facultés intellectuelles, et tout spécialement :

1° *L'attention* auditive ou visuelle, le temps de réaction psychique ;

2° *La mémoire* sensorielle, spontanée, visuelle, auditive, olfactive, gustative, tactile, et surtout la mémoire psychique qui est ordinairement fonction de l'attention ;

3° *L'activité intellectuelle* et la *faculté d'association des idées* qui comprennent les *notions* de comparaison, d'abstraction ou de généralisation et réclament une attention soutenue et une mémoire fidèle ;

4° *Le bon sens, le raisonnement et le jugement*, véritables signatures de la valeur psychique *intrinsèque* ou *acquise* d'un individu.

Certaines de ces épreuves exigent le concours de plusieurs facultés, renseignent sur le fonctionnement intellectuel global, sur l'harmonie ou le développement inégal de tel ou tel mode de l'activité psychique.

Il est rare, en effet, comme l'a fait remarquer Cruchet, qu'on ait lieu de constater une dégradation mathématique et simultanée de tous les éléments d'appréciation du psychisme ; les dégradations parcellaires sont bien plus fréquentes, ce qui rend d'ailleurs le classement toujours un peu délicat, spécialement quand on se trouve à la limite qui peut séparer l'état normal d'un début d'arriération.

Les Tests psychiques scolaires de MM. Binet et Simon, au nombre de neuf, commencent à l'âge de trois ans et se terminent à vingt ans.

Ils comprennent, en dehors des échelons extrêmes, des

(1) CRUCHET. *Les arriérés scolaires.* (L'Œuvre Médico-Chirurgicale : 6 avril 1908, Masson, éditeur).

épreuves intermédiaires pour les ages de 5, 7, 9, 10, 11, 12 et 15 ans.

Le Test de chacun de ces ages se compose lui-même d'un certain *nombre d'épreuves* dont le but est d'explorer, autant que possible, les multiples facultés intellectuelles. On trouvera dans l'année psychologique de 1908, l'exposé détaillé de ces divers tests psychiques.

II

Il suffit de les consulter pour s'apercevoir qu'ils sont avant tout préparés pour des sujets qui ne sont pas sortis de la vie scolaire, c'est-à-dire que les explorations psychique et pédagogique s'y trouvent maintes fois associées ou confondues.

En conséquence, il était à prévoir que les tests les plus intéressants à mettre en œuvre au point de vue de la recherche de l'arriération psychique dans l'armée devaient être ceux qui coïncident avec la fin habituelle de la période scolaire, celle-ci se terminant pour la masse des appelés entre 12 et 15 ans.

Nous pourrions même aller plus loin et dire, quand il s'agit de paysans ou d'ouvriers exerçant des métiers manuels, que le test de 12 ans doit théoriquement représenter le niveau psychique normal de la majeure partie des appelés En tout cas, il paraît très largement suffisant pour autoriser l'acceptation dans l'armée du sujet qui en remplit la totalité, ou même simplement la majeure partie des épreuves.

Il faut songer, en effet, que dès la cessation des études scolaires, le développement pyschique est plutot entravé que développé par la vie matérielle que mènent la plupart des futurs soldats. Ils se trouvent soumis aux nécessités brutales du travail physique qui laissent fort peu de place à certains modes de l'activité intellectuelle ; l'attention, la mémoire par exemple, que l'exercice régulier de l'Ecole entretient et développe ; par contre, les contacts de la vie sociale et les enseignements qui se dégagent des milieux ambiants peuvent améliorer l'association d'idées, le bon sens, le jugement, le raisonnement.

Il faut compter également avec ce fait qu'au sortir de

l'Ecole, le jeune adolescent se trouve aux prises avec les passions, les grandes infections et les intoxications qui interviennent pour réduire, plutôt que pour augmenter le perfectionnement psychique. On voit, en effet, surgir la fièvre typhoïde, la tuberculose, les abus génitaux, solitaires ou sexuels, la syphilis, le tabagisme et l'alcoolisme dont les funestes effets sur l'intelligence sont trop connus pour qu'on ait besoin d'insister.

Néanmoins, dans les essais faits avec MM. Binet et Simon à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce sur des soldats convalescents, nous avons toujours commencé par utiliser les tests les plus élevés, ceux de 20 ans, puis de 15 ans et enfin, en cas d'insuccès partiel ou total, les tests inférieurs de 12 ans, 10 ans et 9 ans.

L'expérience a porté sur 11 hommes : cinq jeunes soldats ayant 4 mois de service ; cinq anciens soldats ayant 20 à 24 mois de service ; enfin, nous avons également exploré un épileptique latent considéré à son corps comme bon soldat, doux et discipliné, et qui avait récemment présenté une crise typique de haut-mal, succédant à une série d'accès vertigineux pour lesquels il n'avait pas songé jusqu'alors à réclamer l'assistance médicale.

Nous n'avons pas étendu nos investigations aux gradés, car l'essai avait pour but de révéler les psychismes inférieurs perdus dans la masse, et non point les intelligences cultivées, sélectionnées par l'épreuve même du métier militaire et affirmées par le grade obtenu.

Mentionnons de suite, et le fait est intéressant à noter, que l'exploration par un seul test, comprenant une série d'épreuves, exige environ 20 à 30 minutes pour chacun des sujets. Si, au cours de l'expertise on est amené à essayer les tests de plusieurs âges, ce temps s'élève à 45 et même à 60 minutes ; il s'agit donc d'une épreuve d'assez longue durée, ce qui rend difficile pour ne pas dire impossible, son introduction et surtout sa généralisation dans les conseils de revision, ou bien au moment de la visite d'incorporation.

Nous résumons dans le tableau suivant les résultats de l'expérience.

EXAMEN PSYCHIQUE de 6 JEUNES SOLDATS

Durée totale : 3 heures et demie

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX				Tests psychiques employés et réponses positives					CLASSEMENT PSYCHIQUE
ARME OU SERVICE	ANCIENNETÉ DE SERVICE	PROFESSION ANTÉRIEURE	CERTIFICATS OU BREVETS	9 ans 5 épreuves	10 ans 5 épreuves	12 ans 6 épreuves	15 ans 8 épreuves	20 ans 7 épreuves	
1er Rég. Cuiras.	8 mois	Boucher	Néant	»	5	3	5	1	de 15 ans.
5e Rég. Génie	8 mois	Télégraphiste	Certif. d'Études	»	4	4	4	2	de 12 à 15 a. (plus près de 15 a.
22e Son Com. et O.	8 mois	Electricien	Certif. d'Études	»	»	5	3	0	de 12 à 15 a. (plus près de 12 a.)
19e Esc. du Train	8 mois	Doreur sur Bois	Néant	»	»	4	3	1	de 12 à 15 a. (plus près de 12 a.)
26e Rég. Dragons	8 mois	Valet de Chambre	Néant	»	5	6	1	1	de 12 ans.
70e Rég. Infie	8 mois	Chaudronnier	Néant (Épileptiq.)	»	4	1	0	0	de 9 à 10 ans.

EXAMEN PSYCHIQUE de 5 ANCIENS SOLDATS

Durée totale : 3 heures

ARME OU SERVICE	ANCIENNETÉ DE SERVICE	PROFESSION ANTÉRIEURE	CERTIFICATS OU BREVETS	9 ans 5 épreuves	10 ans 5 épreuves	12 ans 6 épreuves	15 ans 8 épreuves	20 ans 7 épreuves	CLASSEMENT PSYCHIQUE
22e Son d'Infirmrs	20 mois	Tapissier	Néant	»	»	»	4	3	de 15 à 20 a. (plus près de 15 a.)
22e Son d'Infirmrs	20 mois	Comptable	Néant	»	»	»	3	3	de 15 à 20 a. (plus près de 15 a.)
21e Rég. Inf. Col.	20 mois	Boulanger	Néant	»	»	»	3	1	15 ans environ.
21e Son Sec. E.-M.	2 ans	Repres. de Com.	Néant	»	»	3	4	0	de 12 à 15 a. (plus près de 15 a.)
22e Son Com. et O.	20 mois	Maquignon	Néant	»	»	2	3	0	de 12 à 15 ans.

Les résultats de ce tableau méritent de nous arrêter un instant.

Envisageons tout d'abord à part l'épileptique ; son psychisme s'est montré inférieur au point de vue attention, mémoire et association d'idées ; par contre, il a fait preuve de bon sens et de jugement ; c'est donc avant tout un arriéré pédagogique, arrêté à ce point de vue, entre 9 et 10 ans ; il raconte lui-même qu'à l'Ecole, il ne pouvait rien retenir parce qu'il était vite fatigué d'écouter le maître ; il oubliait même les commissions que lui donnait sa mère ; il est doux de caractère, discipliné et possède des sentiments affectifs ; dans le rang il était bon soldat. Il semble appartenir au point de vue psychique, à cette catégorie d'appelés, simples d'esprit, ayant une instruction rudimentaire, mais une bonne moralité et une adaptabilité suffisante pour tenir honorablement et utilement leur place dans la masse armée (1).

Les dix autres sujets, jeunes ou anciens soldats, avaient également subi victorieusement l'épreuve du service, et en remplissaient convenablement les obligations.

Six sur dix, soit 60 %, ont un psychisme flottant entre 12 et 15 ans, plus près de 12 que de 15 ; quatre sur dix, soit 40 %, ont un niveau intellectuel un peu plus élevé, oscillant entre 15 et 20 ans, plus près de 15 que de 20.

Ainsi se trouve vérifiée tout d'abord l'hypothèse théorique que nous avions émise, avant toute expérimentation, et qu'on peut énoncer ainsi :

« *Le psychisme du soldat incorporé, étudié à l'aide des tests scolaires flotte entre 12 et 15 ans ; il est donc en retard sur le développement intellectuel des adultes ayant poursuivi leur culture intellectuelle par l'assistance méthodique à des cours plus élevés ; mais il ne s'agit pas ordinairement d'arriération psychique vraie, le retard se rapproche surtout du type pédagogique ; il porte toujours sur l'attention, la mémoire, l'activité intellectuelle générale, facultés qui se conservent et s'améliorent par un exercice régulier.* »

Il était intéressant d'autre part de chercher si le métier

(1) Inutile de dire que cet homme a été éliminé par réforme en raison de sa névrose (Note de l'auteur).

militaire diminue les intelligences, comme certains esprits peu familiarisés avec notre milieu n'ont pas craint de le supposer.

Or, si nous prenons les jeunes soldats ayant 8 mois de service nous constatons :

Un psychisme de 12 ans ;

Trois psychismes de 12 à 15 ans (plus près de 12 ans).

Un psychisme de 15 ans.

Si nous considérons, au contraire, les anciens soldats ayant 20 mois de service, nous trouvons :

Deux psychismes de 12 à 15 ans ;

Un psychisme de 15 ans ;

Deux psychismes de 15 à 20 ans.

En somme « *le psychisme des anciens soldats s'est montré plus élevé que celui des jeunes* ». Cela n'est pas fait pour surprendre ceux qui connaissent l'armée éducatrice, si heureusement transformée par l'esprit et les méthodes nouvelles, mais encore si mal connue d'une grande partie de l'élite intellectuelle de la nation.

« *L'armée moderne continue ou reprend l'œuvre commencée à l'Ecole* . Le fait parait d'autant mieux ressortir de notre expérience que parmi les anciens soldats examinés, aucun ne possédait un certificat d'études, tandis que nous trouvons deux jeunes soldats sur cinq, pourvus de ce diplôme dont la valeur au point de vue de l'appréciation du psychisme total, paraît d'ailleurs fort contestable, car la mentalité de ces deux sujets oscille de 12 à 15 ans, alors que nous trouvons parmi des sujets, dépourvus de toute sanction scolaire, des psychismes de 15 à 20 ans.

Il y a d'ailleurs bien d'autres causes capables de faire varier le niveau intellectuel. *La profession, et le milieu* dans lequel évolue le sujet sont de nature à exercer une influence incontestable, mais là encore il n'y a rien d'absolu, il faut compter avec les cas d'espèce qui sont essentiellement variés, autant que les psychismes naturels.

A ce point de vue, nos sujets se classent de la façon suivante par ordre décroissant : tapissier parisien, comptable, boucher, télégraphiste, boulanger, représentant de commerce, élec-

tricien, doreur sur bois, maquignon, valet de chambre, chaudronnier (épileptique).

III

Que dirons-nous après cette épreuve, de la valeur des tests psychiques scolaires, appliqués au cas particulier des expertises de recrutement militaire ?

Les conditions variables de l'examen, l'état plus ou moins émotif du sujet interrogé, sa suggestibilité, sa distraction, sa mauvaise disposition passagère possible, son caractère contrariant, ou sa mauvaise volonté manifeste peuvent être pour l'expert la cause de regrettables erreurs. Avec Cruchet, nous dirons encore que l'appréciation même du psychisme dans certains cas, examinés dans les conditions les plus normales et les meilleures, n'est pas sans présenter une réelle difficulté. La composition des tests psychiques pour chaque âge, n'a rien en effet d'absolu ; il faut souvent, comme l'indique notre tableau d'expériences, s'adresser aux épreuves des différents degrés pour avoir une idée approximative du psychisme vrai du sujet.

Dénier toute valeur aux tests scolaires serait réellement injuste et excessif : mais au point de vue militaire, ils ne peuvent être réellement utiles que pour déceler une arriération mentale très accusée. Cette méthode ne possède pas en définitive une sûreté suffisante pour être utilisée dans l'armée « *comme procédé d'expertise rapide et définitif, tel que le Recrutement peut le désirer* ».

Elle mérite néanmoins d'attirer l'attention du Clinicien Militaire, au régiment comme à l'hôpital, et d'entrer dans l'arsenal des pratiques d'exploration, à côté d'autres méthodes déjà classiques auxquelles elle apportera un utile appoint. Elle fait partie du domaine de la médecine générale d'expertise, sans trouver une application spéciale et particulièrement adaptée à cette importante opération de la sélection des citoyens qui viennent acquitter le très honorable, mais aussi très lourd impôt du sang.

Dans les conseils de revision la méthode serait, en raison même du temps qu'elle exige, absolument inapplicable. En tout temps elle peut conduire à de véritables erreurs, qu'il s'agisse de jeunes gens ignorants, impressionnables et timides, ou au contraire d'esprit trop avisés et dénués de bonne foi, condition indispensable pour que les tests psychiques, si ingénieux et si intéressants de MM. Binet et Simon aient leur réelle valeur. En réalité, ce ne sont point les faibles d'esprit qui sont pour l'armée la cause principale de difficultés ou d'embarras. La notoriété publique commence leur élimination dès le conseil de revision où le maire, les parents et les concitoyens de l'appelé nous désignent immédiatement les arriérés, les incapables, les idiots.

Il est facile à l'expert-médical militaire de procéder à ce moment à une enquête rétrospective dont la valeur est considérable.

Les sujets qui échappent au crible imparfait de cette première épreuve sont ultérieurement dépistés, soit à la visite d'incorporation, ou mieux et plus surement encore dans les débuts de l'instruction militaire. Les retardataires, formés en pelotons spéciaux comme les malingres, sont confiés à des sous-officiers intelligents et patients ; et tel appelé qu'une insuffisance à l'épreuve des tests psychiques aurait fait considérer comme atteint d'une mentalité inférieure, se transforme, en quelques semaines, en un soldat propre, discipliné, maniable, serviteur humble et obscur, mais fidèle et dévoué.

Quant aux arriérés vrais, aux débiles d'esprit, aux puériles mentaux inadaptables, ils sont mis en observation, après essai, dans les hôpitaux et invariablement éliminés par la réforme.

L'Armée aurait un intérêt beaucoup plus grand à posséder des tests moraux rapides et sûrs, capables de stigmatiser en quelque sorte non pas les débiles mentaux, mais les déséquilibrés de l'esprit, et les dégénérés amoraux si redoutables dans un milieu où le sentiment du devoir et le respect de la discipline constituent les conditions indispensables au bon fonctionnement de la collectivité.

Mais la pratique de chaque jour apprend à l'expert militaire à se défier de tout procédé rapide quand il s'agit de reconnaître et d'apprécier une mentalité insuffisante ou déviée.

Dans une étude que j'ai publiée il y a quelques mois (1) sur les dégénérés dans l'armée et dans une monographie récente de mon excellent collègue et ami, le Professeur agrégé Chavigny, sur l'expertise de la débilité mentale (2), on trouvera très nettement affirmée cette idée que, pour déterminer la valeur intellectuelle et morale des recrues, il faut invariablement recourir à l'emploi combiné des différentes méthodes d'examen.

L'observation *médicale* proprement dite est la base de cette expertise avec tous les renseignements que fournit un bon examen somatique et la recherche des antécédents héréditaires collatéraux et personnels.

Les explorations *psychique* et *pédagogique* apportent ensuite leurs documents précieux.

L'épreuve *biologique* complète enfin cette série de recherches en montrant quelles ont été les réactions individuelles ou sociales du sujet, avant et depuis son incorporation.

Cette méthode patiente et minutieuse aura l'inconvénient d'exiger des heures, des jours ou des semaines, mais seule elle nous paraît capable d'établir un verdict médical, sérieux et inattaquable.

M. CRUCHET. — Les conclusions auxquelles aboutit M. Simonin sont exactement les mêmes que celles que j'ai formulées dans *les Arriérés scolaires* ; il est curieux de remarquer une fois de plus, combien ont de points communs les milieux scolaires et militaires.

Les médecins militaires allemands ont fait des enquêtes analogues à celles de M. Simonin ; mais ils ont utilisé des tests bien plus compliqués, sans aboutir à des résultats

(1) SIMONIN. *Les dégénérés dans l'Armée* ; Origine, caractères, prophylaxie (Annales d'hygiène publique et de Médecine légale), Janvier 1909.

(2) CHAVIGNY. *La débilité mentale considérée spécialement au point de vue du service militaire. Son expertise médico-légale* (Annales d'hygiène publique et de Médecine légale. — Mai 1909).

meilleurs. On peut se demander s'il n'y aurait pas lieu, en utilisant les intéressantes remarques de M. Simonin, de chercher à perfectionner, pour l'armée, les tests psychiques de MM. Binet et Simon.

Guérison de quatre cas de Neurasthénie par injections d'une antitoxine cérébrale, par le docteur Bombart.

L'idée que la neurasthénie pourrait bien n'être que le résultat d'une intoxication nerveuse semble prendre pied de plus en plus dans l'opinion des spécialistes. C'est l'indice d'une réaction, légitime à notre avis, contre la théorie défendue par Dubois (de Berne), que la neurasthénie était une maladie purement psychique. Querelle de mots, dira-t-on ; qui ne voit, au contraire, que le traitement découlant des deux théories est absoluemnt différent. Après avoir épuisé en vain au chevet de nos neurasthéniques maint argument psychothérapique, il nous a bien fallu nous occuper de leur circulation défectueuse, de leur tube digestif paresseux, de leur teint ictérique, de leur fatigue physique, et nous apercevoir qu'ils étaient des empoisonnés. Il y a déjà un certain temps que je les considère comme tels, et quand j'eus connaissance des travaux de notre confrère Page (de Bellevue) sur le traitement des maladies nerveuses par une antitoxine cérébrale de son invention, je résolus d'employer sur mes malades les injections qu'il préconise. Voici ce que j'ai observé :

Clément X..., 25 ans, clerc de notaire à R... — Pas d'antécédents, ni familiaux, ni personnels. A subi un surmenage énorme au moment de la cession de l'étude à un nouveau notaire, aggravé de ce fait qu'à partir de trois heures il travaille à la lumière du gaz dans un bureau étroit, et cela pendant six mois. En février 1908, il est pris de vertiges en retournant chez lui. Ces vertiges deviennent de plus en plus fréquents. Un dimanche, après une lecture à haute voix pendant

deux heures, il a trois vertiges successifs. Doit s'asseoir pour ne pas tomber.

Consulte en mars le docteur X.... qui lui promet la guérison après dix jours de repos.

Au lieu de cela, aggravation. Reprend quand même le travail, mais bientôt mauvaises digestions, insomnies, céphalalgie rebelle. A ce moment m'écrit, et je lui conseille de revenir dans sa famille, où je le soignerai. Arrive en avril, excessivement déprimé. Sensation de la peau de la face comme tirée et d'un lourd sac de farine sur les épaules. Ne mange presque plus, digestions pénibles, insomnies. Incapable de s'intéresser à quoi que ce soit, absolument inerte. Vertige à la moindre impression. A maigri de onze livres. Forces musculaires très diminuées ; incapacité absolue de tout travail intellectuel. En août, injections d'antitoxine cérébrale de l'Institut de Bellevue, tous les deux jours, et institution d'un régime alimentaire surtout végétarien. Amélioration très lente, mais bien nette. Après quinze jours, recommence à marcher un peu. Après vingt-cinq jours, fait chaque jour cinq ou six kilomètres. Les digestions sont meilleures, les nuits aussi. A la fin du mois de septembre est assez bien pour que je l'envoie à la campagne, d'où il revient complètement guéri fin octobre.

Madame X..., 55 ans.

Père mort de pneumonie à 45 ans.

Mère morte de sénilité à 86 ans.

Un frère mort d'urémie.

Un frère mort d'alcoolisme et de tuberculose.

Une sœur morte subitement à 42 ans.

Une sœur morte de cancer du péritoine.

Une sœur vivante opérée pour cancer de l'œil.

Depuis 1889, souffre à chaque printemps de l'estomac. A plus souffert en 1891, où elle fut soulagée après de longs mois par l'hydrothérapie, et en 1900, où je dus la soigner avec le professeur Lemoine.

Le 10 avril 1908, ses douleurs annuelles s'exagèrent, et le 25 elle refuse les aliments parce qu'elle souffre au creux de l'estomac, et a toujours un mauvais goût dans la bouche.

Constipation opiniâtre. Nuits agitées.

Je donne pepsine, divers calmants, hydrothérapie, sans résultat.

Le professeur Lemoine conseille papaïne et lactobacilline.

Juin : la situation s'aggrave, la malade est amaigrie, excessivement faible, et ne dort plus.

Injections de cacodylate de soude, glycérophosphates, sans résultat.

En juin, est soignée pendant mon absence, par mon ami le docteur X..., qui essaie vainement de calmer la toux douloureuse et l'insomnie, et insiste pour le régime lacté. Le lait est mal supporté. La malade se plaint d'un goût rèche dans la bouche qu'elle peut mal définir, et prétend avoir une lésion de la langue.

La malade se croit perdue, elle a maigri de 12 kilos. L'entourage s'affole, on la croit atteinte de cancer de l'estomac. (Voir ses sœurs).

Je donne bouillie de malt rhéasée, qui calme les douleurs de l'estomac et fait disparaître la constipation.

La malade recommence à s'alimenter avec la seule bouillie mais ne peut plus marcher. On a beaucoup de peine à la faire se lever.

Violente douleur dans le coté droit, avec toux.

En juillet, le professeur Lemoine reçoit la malade. Comme la première fois, il se prononce énergiquement contre toute idée de cancer. Conseille de continuer la médication avec la bouillie rhéasée.

La malade a toujours la même impotence physique et des insomnies. Hypochondrie. Je prends mes dispositions pour isoler la malade et la faire soigner dans un établissement spécial.

Ayant eu connaissance des recherches du docteur Page (de Bellevue) sur une antitoxine cérébrale, je pense à l'utiliser chez ma malade, et mon confrere veut bien me confier quelques ampoules. Je prends la décision de faire une injection hypodermique de cette antitoxine (2 c. c.) de deux en deux jours.

Je dis à l'entourage et à la malade que je vais faire une

seconde série de piqures au cacodylate, pour me mettre à l'abri de l'auto-suggestion.

Protestation de la malade, parce que la première série n'a rien fait.

Après la deuxième piqûre, la malade paraît moins affaissée, et elle accepte l'idée d'une promenade en voiture dès la troisième piqûre. Bientôt elle marche à pied et la guérison très rapide suit, si bien que la malade, pouvant assister à la messe du 15 août, croit comme son entourage à une guérison miraculeuse.

J'ai fait vingt piqûres.

A cette époque, elle avait regagné en poids 10 kilos.

Actuellement, santé parfaite, la malade n'a plus rien éprouvé au printemps.

Evidemment, il s'agit d'une pithiatique (hystérique) qui a fait une crise de neurasthénie, mais je m'étais mis à l'abri de l'auto-suggestion, et le résultat n'en a pas moins été étonnant.

Deux autres cas de réussite complète de la même méthode me sont communiqués par un de mes amis, le docteur Gros : celui d'une obsédée très améliorée, au point de reprendre une vie normale ; celui enfin d'une mélancolique qu'on soigne de cette façon, après une tentative de suicide, et qui va très bien maintenant.

Ces résultats me semblent encourageants et dignes d'être signalés, puisqu'ils nous mettent en possession d'une médication nouvelle et rapide contre les états neurasthéniques, toujours si rebelles à tout traitement.

Note sur les Difficultés de l'expertise médico-légale psychiatrique aux colonies et sur les lacunes de l'organisation actuelle, par MM. les docteurs H. Reboul, médecin-major de 1re classe, professeur de médecine à l'École d'application du *Pharo*, à Marseille, et Roussy, médecin aide-major des Troupes coloniales.

Si la psychiâtrie doit avoir dans l'organisation de notre armée nationale la place qui lui revient et qu'elle est encore loin d'avoir, c'est surtout dans l'armée coloniale qu'il est urgent de prendre des mesures pour que les anormaux, les dégénérés, les nerveux, les demi-fous, les aliénés même soient décelés, surveillés, traités et éliminés quand il y a lieu, sans attendre qu'un acte délictueux ait révélé leur état mental. De par le mode de recrutement, ils y sont, en effet, bien plus nombreux que dans l'armée métropolitaine ; en outre, le genre de vie, la nature du service, le climat, le milieu favorisent aux colonies le développeent des tares initiales.

Par un exemple choisi entre bien d'autres, nous voudrions essayer de montrer combien grandes sont les lacunes de l'organisation actuelle, et d'en déduire des propositions pratiques permettant de combler au moins partiellement les plus essentielles de ces lacunes.

Au mois de mars 1904, le soldat K..., de la Légion étrangère, est inculpé d'« abandon de poste et voies de fait à main armée envers un supérieur pendant le service ». L'interrogatoire de cet homme et l'examen de son livret ayant fait connaître qu'il avait été traité dans différentes formations sanitaires de la colonie, le capitaine R..., docteur en droit, rapporteur près le 1er Conseil de guerre, à Hanoï, dont l'attention avait été éveillée par les résultats des précédentes expertises, commet *motu proprio* le docteur Reboul pour examiner l'état mental de K... au point de vue de la responsabilité.

L'examen et l'enquête exigèrent près de quatre mois, et voici en résumé les constatations multiples que l'expert fut amené à faire :

La mère de K..., ses deux frères et ses quatre sœurs seraient

vivants, bien portants et n'ayant rien présenté de particulier au point de vue nerveux, affirmation qui ne peut être contrôlée. Le père serait mort gâteux après une longue maladie qui, d'après les renseignements répétés sans variation à plusieurs mois de distance, paraît avoir été la paralysie générale.

Antécédents personnels. — K... est âgé de 29 ans ; il appartient à une famille d'un rang social assez élevé. Dès son jeune âge, il est d'un caractère violent, instable, sans suite dans les idées, irrégulier dans ses études ; il travaille telle matière qu'il aime tandis qu'il est nul pour les autres. Brusquement, il interrompt son instruction à la classe de seconde, à la suite d'un désaccord insignifiant avec son professeur, et aucune instance ne peut le ramener. « Il a toujours fait, avoue-t-il, le désespoir de sa famille. » Altération des sentiments affectifs ; impulsions ; troubles de la volonté.

A 18 ans, il s'engage à la Légion, passe caporal et, malgré ses bizarreries de caractère, fait ses cinq ans de service en Algérie sans encourir de punition grave (1893-98) ; il passe même des années entières sans en avoir aucune.

A 23 ans, libéré du service, il entre dans l'administration métropolitaine des Ponts et Chaussées, où il reste deux ans. Aucune observation sur cette période. Puis l'amour du changement le pousse, sans autre motif, à s'expatrier, et en 1900 il entre dans les cadres des Douanes et Régies de l'Indo-Chine.

Jusqu'à cette époque, il dit n'avoir jamais eu de crises nerveuses, mais il avoue la phobie de l'espace ; le vide lui fait peur ; le séjour en un lieu étroit et fermé lui donne de l'angoisse, des étouffements ; pendant la traversée, il ne peut pas regarder la mer sans avoir envie de s'y jeter.

Dès son arrivée en Indo-Chine commence une histoire pathologique des plus touffues, car elle ne comporte pas moins de 11 entrées dans divers établissements hospitaliers en moins de deux ans.

Envoyé en Annam, dès le début, il a des difficultés avec ses chefs ; sa correspondance est d'une violence peu ordinaire et marque un déséquilibre mental, à tel point que l'administration le fait diriger, le 27 septembre 1900, sur l'Hôpital de Saïgon, où il entre pour « Troubles nerveux — lypémanie —

plaies ulcérées des pieds — conjonctivite ». Pendant ce séjour, il contracte la dysenterie et sort le 4 novembre, mal guéri. Sa feuille de clinique ne fait aucune mention des troubles nerveux, qui semblent donc n'avoir pas tenu le premier plan. A peine sorti, il contracte la syphilis, dans la première quinzaine de novembre ; il cache son affection et ne suit aucun traitement.

2e, 3e, 4e *et* 5e *entrée.* — Du 2 décembre 1900 au 15 juillet 1901, il fait quatre nouvelles entrées à l'hôpital, toujours pour rectite ou dysenterie, et en sort chaque fois après un court séjour, *non guéri, sur sa demande.*

Sur ces entrefaites, K... a contracté, au mois d'avril, l'habitude de fumer l'opium, sur le conseil d'un camarade, et « pour se remonter, dit-il, car il ne se soutenait que comme çà ». Après avoir fumé pendant 8 mois, il aurait complètement cessé (?) en décembre 1901.

En service au Tonkin, le 11 juin 1902, il est pris en route, au cours d'une tournée, d'une crise épileptiforme. On le conduit, le 12, à l'ambulance de Phu-lang-thuong (6e entrée), où une deuxième crise est observée quelques jours après. Evacué sur l'Hôpital de Quang-Yen, le 18 juillet 1902, (7e entrée) avec le diagnostic « Encéphalopathie spécifique et crises épileptiformes ». A Quang-Yen on constate : céphalées violentes, vertiges, troubles de la vision, nuits très agitées. Traitement par injections de cyanure de mercure. A plusieurs crises d'excitation avec angoisse ; tabagisme avoué. L'exéat mentionne : « Présente encore des phobies, surtout celle de l'eau. A presque cessé de fumer. Etat général bon. »

8e entrée, en septembre, pour chancres au prépuce, à l'ambulance de Haïphong, qui l'évacue le 17 du même mois sur l'Hôpital de Quang-Yen, où il entre cette fois comme indigent (9e entrée). L'administration des Douanes lui ayant fait savoir l'imminence de sa révocation, il a démissionné avant d'être licencié. Son observation clinique mentionne à plusieurs reprises, mais sans détails, l'intervention, la nuit, du médecin de garde, et des prescriptions d'urgence, ce qui fait supposer des crises. Le 12 novembre, il est encore exéat sur sa demande.

10e entrée, probablement à Hanoï et dans la deuxième quin-

zaine de novembre, aucun renseignement n'ayant pu être retrouvé. Sans emploi, sans ressources, il est embarqué pour être rapatrié, le 10 ou 12 décembre 1902.

11e entrée. A Saïgon, le 20 décembre 1902. Passager sur le *Colombo,* en route pour la France, il descend à l'escale. Pendant la nuit, la police l'apporte à l'Hôpital, où il est admis d'urgence, en état de crise. Présenté au conseil de santé, il est rapatrié par le vapeur suivant, le 31 janvier 1903, pour être dirigé sur l'asile Saint-Pierre, à Marseille. Son billet porte la mention : « Malade tranquille, a eu une période d'agitation ; a la phobie de l'eau ; peut être laissé libre, mais en le surveillant ; vient de subir un traitement anti-syphilitique. »

A l'arrivée à Marseille, K..., qui n'est plus lié au service, s'évade et court s'engager à la Légion étrangère (mars 1903). Quelques mois plus tard, il retourne au Tonkin, comme soldat cette fois, et est envoyé en garnison à Viétri. Ce n'est pas un mauvais soldat, mais au dire de tous il est sombre, taciturne, inquiet, peu sociable. On ignore tout de ses antécédents.

Le 6 janvier 1904, il encourt une punition. Le 13 janvier, il quitte la chambre illégalement et ne rentre qu'à 11 heures du soir, sans képi, sans baïonnette. Le 14, au réveil, stupeur, amnésie complète ; on ne peut tirer de lui que quelques paroles incohérentes. Il est puni de 15 jours de prison pour absence illégale. Cependant, le 20 janvier, l'autorité militaire dont l'attention a été éveillée par l'état de K..., prescrit une enquête avec examen médical. Il entre dans ce but à l'infirmerie, le 21, et en sort le 31, après une observation de 7 jours seulement. Le médecin ne connaît aucun des antécédents de X..., comme commis des douanes (1) ; son examen sommaire conclut : « N'a rien présenté de particulier au point de vue mental. » Il a cependant des idées de persécution très nettes avec des idées de suicide plus ou moins dissimulées, symptômes que la courte durée de l'observation a fait méconnaître.

Le 23 février, peu de jours après sa sortie de prison, K..., étant de garde, quitte son poste et monte dans la chambre. Un caporal, avec qui il était en mauvaise intelligence depuis

(1) K. Ayant donné son vrai nom en s'engageant à la Légion, ces renseignements auraient pu être obtenus avec l'organisation que nous préconisons.

l'Algérie, l'y rejoint et lui intime l'ordre de descendre. K... refuse, s'entête et n'obéit pas. Il a l'air égaré. Le caporal appelle la garde. A la vue de la force armée, K... saisit sa baïonnette et tente de se suicider, mais l'arme passe entre son corps et son bras ; il est facilement désarmé.

L'examen direct révèle des signes évidents, surtout psychiques, de dégénérescence. Après quatre mois d'observation, le rapport conclut : « Epilepsie s'étant manifestée par des crises et des vertiges chez un dégénéré. Irresponsabilité complète au moment de l'acte délictueux, commis en état de vertige épileptique. Etat mental aggravé par différentes intoxications, caractérisé par de l'hypocondrie avec tendance aux idées persécutrices, mais amélioré par le traitement au cours de la période d'observation et ne motivant pas actuellement l'internement. Réforme n° 2. »

En parcourant ce long dossier, on est frappé par les faits suivants :

1° Le premier séjour de K... en Indo-Chine n'est qu'une suite de migrations d'une formation sanitaire à une autre, mais sans aucune liaison des observations cliniques et du traitement. On ne sait du passé pathologique que ce que le malade lui-même veut bien en dire, et c'est surtout ce qui a trait aux troubles mentaux qu'il cachera avec soin. Même quand ces troubles mentaux sont mentionnés sur le billet d'entrée, ils passent au second plan et ne peuvent qu'être observés superficiellement, dans l'ignorance des antécédents ;

2° La funeste sortie « sur sa demande » non seulement empêche la guérison complète de l'affection aiguë, mais encore rend impossible toute observation suffisante de l'état mental ;

3° Par suite, l'expertise ne comporte aucune conclusion ; elle n'est pas faite et le malade sort sans que son administration soit fixée sur son état ;

4° Quand cette expertise a été ordonnée, la période d'observation fut trop courte pour justifier les conclusions formulées. Un examen plus prolongé eut probablement évité l'acte délictueux.

5° Un malade dirigé sur un asile d'aliénés de France a pu, au débarquement, s'évader et s'engager dans la Légion.

Est-il possible de corriger dans une certaine mesure les défauts d'organisation qui entraînent de pareilles conséquences ? Nous pensons qu'il y a lieu en tout cas de s'en préoccuper et qu'on pourrait formuler ainsi les desiderata essentiels immédiatement applicables.

1° Tout malade qui entre dans une formation hospitalière pour troubles mentaux devra faire l'objet d'une expertise complète dont les conclusions seront envoyées en copie, sous le timbre « confidentiel » à la Direction du service de santé de la Colonie, qui centralisera ces renseignements ;

2° Chaque médecin chef d'établissement où entrera un malade pour être soumis à l'observation au point de vue mental sera tenu de s'informer auprès de la Direction s'il n'existe pas de dossier relatif à ce malade et ayant trait à une expertise antérieure ;

3° En transmettant leurs conclusions, les médecins seront toujours tenus de rendre compte de la durée de la période d'observation au Directeur qui s'assurera ainsi qu'elle a été assez prolongée ;

4° Les aliénés évacués d'une colonie sur un asile de la métropole, même quand ils sont ou paraissent tranquilles, doivent toujours être accompagnés, et rester jusqu'au moment de leur internement sous la responsabilité du service de santé à qui l'asile en donnera décharge. Les évasions resteront possibles si le transfert continue à incomber aux autorités militaires ou administrations du port de débarquement qui ne connaissent rien du malade ;

5° Une liste des médecins qualifiés pour être experts près des Conseils de guerra coloniaux et tribunaux civils, sera dressée par le Directeur général de la Santé et communiquée au parquet qui y choisira les experts, dans chaque colonie ;

6° En attendant qu'il y ait, au moins dans les grandes colonies, des médecins aliénistes spécialisés comme en France, il est urgent de donner aux médecins des troupes coloniales un enseignement de psychiatrie aussi étendu que possible, tant à l'Ecole de Bordeaux, qu'à l'Ecole d'Application de Marseille, et de favoriser pour certains d'entre eux une spécialisation plus complète.

SÉANCE DU MERCREDI 4 AOUT (après-midi)

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr KLIPPEL (*vice-président*)

TROISIÈME RAPPORT

Les Chorées chroniques, par M. Paul SAINTON (de Paris).

LES CHORÉES. — LEUR DÉFINITION

L'observateur de génie qu'était Sydenham décrivit, en 1688, en se servant des observations de cinq sujets, la variété de chorée qui porte son nom ; peu soucieux de savoir quelle variété de malades guérissait Saint-Guy, il appliqua ce terme de danse de Saint-Guy à la chorée infantile arythmique.

Mais avant que le mot de chorée prît une signification précise, il était dit qu'il passerait par bien des vicissitudes. Il a été notamment appliqué à des manifestations de nature fort diverse. Lannois, dans sa thèse de 1886, insistait sur la confusion extrême existant alors dans le chapitre des chorées.

Depuis lors, une élimination progressive a succédé à la classification trop compréhensive de Trousseau. Des définitions de plus en plus précises ont rejeté en dehors des chorées des mouvements nerveux qui n'ont rien à voir avec elles.

La définition la plus exacte semble etre celle du Prof. Brissaud : « Sur la signification du mot chorée, aucune ambiguité. *La chorée consiste en des mouvements involontaires survenant sans but et en apparence sans cause pendant le repos comme pendant l'action, par conséquent illogiques et maladroits.*»

C'est l'*illogisme*, la *maladresse* et l'*amplitude*, qui sont la caractéristique des mouvements choréiques ; le rapporteur y ajoute la *rapidité*.

Dès lors, l'expression de chorée rythmique devient un non-sens. M. Sainton dénonce cet accord impossible. Puisque, sous l'influence des idées de Sydenham, le mot de chorée

désigne des mouvements illogiques et arythmiques, il faut s'incliner devant le fait accompli, admettre cette expression dans le sens qui lui est acquis, et éliminer définitivement ce groupe des chorées rythmiques, les rejeter dans le cadre des spasmes hystériques auxquels il se rattache par sa nature et son origine. Ainsi compris, le mouvement choréique sera facile à distinguer cliniquement des *mouvements athétosiques*, des *tics*, des *myoclonies*, des *mouvements rythmiques d'origine hystérique*.

Les Chorées chroniques. — Leurs Variétés

Les chorées étant ainsi bien définies, il devient facile d'établir ce que l'on doit entendre par chorée chronique ; il découle en effet de la délimitation précédente, ce fait que la chorée n'est qu'une acception d'une valeur purement clinique.

Le mot de *chorée chronique* fut employé pour la première fois par Thilenius (1816), qui décrivit chez les enfants une forme aiguë et chronique de la chorée. Il fut accepté par Rufz (1834) et par G. Sée (1850), par Sander ; G. Sée semble avoir entrevu dans sa description magistrale la plupart des variétés, mais il faut arriver au travail de Huntington (1872) et à la thèse de Huet (1889), faite sous l'inspiration de Charcot, pour voir ce syndrome prendre place dans les descriptions classiques. Depuis, Brissaud a décrit la chorée variable des dégénérés, si bien qu'actuellement nous devons comprendre sous ce titre :

1° La chorée héréditaire d'Hutington ;
2° La chorée chronique sans hérédité ;
3° La chorée de Sydenham passée à l'état chronique ;
4° La chorée variable des dégénérés de Brissaud.

Mais dans une étude d'ensemble sur les chorées, on ne saurait laisser de côté ces syndromes plus ou moins bien définis qu'on a désignês sous le nom de *chorées séniles*, de *chorées chroniques de l'enfance*, l'*hémichorée symptomatique* et les *mouvements choréiformes* rencontrés au cours d'affections nerveuses diverses. Cela d'autant plus qu'elles apportent quelque lumière

sur la pathogénie des chorées et la place qu'elles doivent occuper en nosologie.

« La terminaison logique de notre rapport, dit M. Sainton, sera l'exposé des recherches anatomo-pathologiques et des conclusions pathogéniques qui en découlent. Le Professeur Grasset, parlant de la chorée chronique, la considère comme un *syndrome destiné à sortir des névroses*. Tout notre travail tendra à justifier cette conclusion, tout en reconnaissant le lien qui ménage des transitions nombreuses entre les syndromes d'excitation motrice, proches parents de la chorée, et qui ne sont peut-être que des modes de réaction différents, comportant tous les intermédiaires, à des causes physiologico-pathologiques identiques. »

(Ce résumé ne signalera pas les intéressantes pages que le rapporteur consacre à la description des diverses chorées chroniques ; mais la fin du rapport sera reproduite presque intégralement).

Anatomie pathologique des Chorées chroniques

Si l'on résume dans une vue d'ensemble, suivant leur importance, les différentes lésions notées par les auteurs, on voit que l'on trouve dans la chorée chronique progressive :

1° Des lésions macroscopiques consistant en inflammation des méninges cérébrales (pachy et leptoméningite avec ou sans hématomes de la dure-mère), en une atrophie considérable des circonvolutions, en la présence inconstante de foyers d'hémorragie ou de ramollissement dans la substance sous-corticale ou dans les noyaux centraux ;

2° Des lésions microscopiques : lésions de dégénérescence des cellules corticales, lésions d'inflammation interstitielle, parfois considérable, lésions de sclérose vasculaire ;

3° Des lésions variables de dégénérescence dans le cervelet et la moelle ;

4° La prédominance de tel ou tel processus (cellulaire, interstitiel ou vasculaire), varie suivant les observations.

De là des divergences nombreuses dans l'interprétation des lésions. Pour les uns, le substratum anatomique de la chorée

progressive consiste en une véritable encéphalite, se traduisant par une infiltration *leucocytaire* ; elle serait *circonscrite*, corticale ou sous-corticale pour Oppenheim et Hoppe ; pour la plupart des autres partisans de cette théorie, il s'agirait d'*encéphalite interstitielle chronique diffuse* (Kronthal et Kalischer, Facklam, Kattwinkel). L'infiltration, pour les autres, est le résultat d'une lésion purement *névroglique* (Klebs, Greppin, Lannois et Paviot, Rispal, Kéraval et Raviart, etc.). Enfin pour d'autres (Besta, Müller, Weidenhamer, Daddi), la lésion initiale est une *sclérose vasculaire* capable d'entraîner une lésion secondaire des fibres et des cellules qui s'atrophient.

« Si, écrit le rapporteur, nous essayons à notre tour de faire la synthèse de tous les faits, nous trouvons qu'il y a des cas incontestables où il existe un processus de méningo-encéphalite chronique, pouvant revêtir parfois une véritable forme hémorragique; dans ces cas, il y a une infiltration de cellules rondes ou une prolifération de la névroglie qui coïncide avec des lésions dégénératives des cellules cérébrales. Mais à côté de ces cas, il y en a d'autres où la réaction interstitielle est très atténuée ou fait absolument défaut.

« Dans les trois cas dont Vurpas nous a confié les préparations, nous avons pu comparer ces trois variétés d'aspec anatomo-pathologique. Dans l'un il y avait des traces d'une inflammation très nette, dilatation des vaisseaux, infiltration périartérielle de cellules embryonnaires, prolifération névroglique, dégénérescence des cellules. Dans l'autre la dégénérescence des cellules corticales était marquée et coïncidait avec une prolifération névroglique. Dans le troisième, le processus dégénératif existait presque seul ; et cependant, dans ces trois cas, le tableau clinique était identique. Aussi s'explique-t-on que Kronthal et Kalischer insistent sur la multiplicité des altérations.

« Quant aux lésions des cellules corticales, elles n'ont rien de pathognomonique et ressemblent à celles du cerveau sénile ; ces cellules son plus ou moins profondément dégénérées et paraissent surtout subir une sorte de désintégration lente et d'atrophie. De toutes les altérations constatées, leurs altérations sont les plus constantes, car on ne peut

admettre comme caractéristique de la maladie l'infiltration de grains bleus, qui est absente dans nombre de cas.

Pathogénie et Physiologie des Chorées chroniques

Après l'étude anatomo-pathologique des chorées chroniques et des chorées symptomatiques, telles que l'hémichorée, une notion s'impose : c'est celle de la dissémination, de la variété des lésions. Il se dégage cependant un fait capital, c'est l'*importance prédominante des altérations corticales*. Dans quelle mesure les noyaux gris centraux, le cervelet, voire même la moelle, sont-ils intéressés ? L'insuffisance des autopsies ne peut renseigner à cet égard.

Provisoirement, tout au moins, il faut attribuer aux lésions corticales une grande valeur. En dehors des constatations nécropsiques, d'autres faits viennent à l'appui de cette opinion. Il en est ainsi des expériences de Roncoroni, qui, par l'application de tampons d'ouate imbibés de solution de métaphosphate de soude, de phosphate disodique sur l'écorce cérébrale des animaux, provoque tantôt des mouvements myocloniques, tantôt des mouvements choréiques, et avec un courant électrique appliqué au même point, obtient des convulsions épileptiques. La coexistence dans la même famille, dans la même génération, de l'épilepsie (Hoffmann), est un fait de haute valeur. Mais il y a plus : souvent *épilepsie* et *chorée* coïncident chez le même sujet. Dans un cas de Jolly, épilepsie et chorée se développent concuremment à l'age de 9 ans. Ravenna, Hoffmann, Remak, Diffendorf, Daddi, notent cette coexistence et même s'aperçoivent que l'épilepsie précède l'apparition de la chorée. Non moins démonstrative est la présence de l'*athétose* dans les familles de choréiques (Hoffmann) ; Andry a longuement insisté sur la parenté de l'athétose double et des chorées chroniques. N'y a-t-il pas de preuve plus démonstrative de cette parenté que l'expression si souvent employée de *mouvements choréo-athétosiques*, tellement les cliniciens sont embarrassés pour les étiqueter. Une nouvelle preuve de cette prédominance méningo-encéphalique en est dans l'assimilation que l'on a voulu faire entre la chorée et

des affections telles que la paralysie générale et la démence précoce dont les lésions, quoique différentes, sont topographiquement si voisines.

Tous ces arguments militent donc en faveur d'une origine ou d'une participation corticale.

Que des lésions cérébelleuses ou autres, par une synergie avec l'écorce cérébrale soient capables, comme le veut Bonhœffer, de donner lieu à un tel syndrome, que des excitations portant sur le faisceau pyramidal, émanation de la cellule motrice, soient capables d'amener un syndrome analogue, il n'y a là aucune impossibilité. Vouloir préciser et dire avec de Buck que la chorée, mode de réaction réflexe involontaire, se transmet par la voie des faisceaux moteurs réflexes, qu'on a compris sous le nom général de faisceau extra-pyramidal, paraît prématuré. Il est préférable d'adopter la formule plus large du même auteur que la chorée est une « lésion des centres nerveux capable d'émanciper les centres moteurs automatiques.

Il ne semble pas possible de définir le processus capable d'engendrer la chorée ; il peut être variable, dû à une lésion dégénérative, inflammatoire ou vasculaire. Car on ne peut concevoir la chorée que comme un *syndrome physiologico-pathologique*. C'est ce qui explique les divergences des auteurs sur les lésions.

Quant à se demander quelle est la cause de l'origine familiale de la chorée, elle semble résider dans une véritable *sénescence prématurée*, dans une dégénération lente et progressive, soit primitive, soit secondaire de la cellule. Cette sénilité précoce serait capable de se développer sous l'influence de la transmission héréditaire ou sous l'influence des facteurs étiologiques personnels que l'on ne saurait que soupçonner. Massalongo pense que dans certains cas de maladies familiales « les lésions d'atrophie peuvent être masquées par un processus inflammatoire ou dégénératif, précisément parce que les premières offraient un *locus minoris resistentiæ*. « Cette phrase s'applique à la chorée de Huntington et à la multiplicité de ses aspects anatomo-pathologiques.

Pathologie générale des Chorées

Quelle place les chorées doivent-elles occuper dans la classification des maladies nerveuses caractérisées par des mouvements anormaux ? Telle est la dernière question qu'il faut poser ; sa solution dépend de tout ce qui précède. Mais il est un point de la question qui a été à peine effleuré et sur lequel une ombre discrète a été jetée par la plupart des neurologistes : c'est celui des rapports qui existent entre la chorée de Huntington et la chorée de Sydenham. Y a-t-il entre les deux affections une différence dans l'aspect clinique ? Celle-ci d'après le rapporteur, est certaine ; mais lorsqu'il s'agit de la définir, les livres se taisent ; on parle bien de différence dans l'âge de l'apparition, de la coexistence d'endocardite et de troubles cardiaques, de durée moindre, d'attaques à répétition ; mais il y a plus que cela.

Les troubles moteurs, quoique très voisins, ne sont pas les mêmes ; la chorée d'Huntington, dans son arythmie, a quelque chose de moins dysharmonique dans le mouvement, la succession des mouvements est plus cyclique ; les troubles moteurs de la chorée chronique sont progressifs, ils s'accompagnent toujours de troubles mentaux. Il y a donc une différence entre la chorée de Huntington et la chorée de Sydenham, au point de vue clinique ; et une chorée chronique de Sydenham peut évoluer sans troubles mentaux. Il y a de plus une différence de nature ; la chorée de Sydenham, maladie infectieuse de l'enfance, peut être d'origine rhumatismale, curable habituellement, s'oppose à la chorée de Huntington, maladie de l'âge adulte, à la marche implacable, ayant pour aboutissant fatal la démence.

Quelle place doit-on assigner à la chorée progressive dans le cadre nosologique ? Elle doit être rangée à côté de toutes ces affections où les signes moteurs s'accompagnent de troubles mentaux. Elle est un des termes de cette longue série dont la manifestation motrice la plus forte est l'épilepsie ; elle prend place à côté de l'athétose double, des myoclonies et enfin des tics. Tous ces syndromes sont liés à des modifications physiologiques de l'écorce cérébrale : « A notre gré, dit

M. Sainton, on n'a pas assez insisté sur *la liaison qui existe entre le trouble mental et le trouble moteur.*

« Toutes les transitions, toutes les variétés intermédiaires peuvent exister entre ces affections ; c'est tantôt le trouble moteur qui semble passer au premier plan comme dans l'épilepsie ; c'est tantôt le trouble psychique qui prédomine, comme dans le tic ; c'est tantôt l'alliance des deux qui se fait dans la chorée chronique, la chorée des dégénérée étant l'anneau intermédiaire entre la chorée et les tics. Toutes les transitions existent entre ces types ; mais tous ces syndromes moteurs et psychiques sont tributaires d'une prédisposition congénitale plus ou moins marquée, d'une insuffisance de l'écorce cérébrale qui peut aller depuis le trouble dans la fonction jusqu'au trouble à substratum organique bien défini. Si les malformations des cellules cérébrales du tiqueur sont inconnues, personne n'a jamais nié leur insuffisance physiologique.

CONCLUSIONS

Le terme de chorée doit être limité aux affections caractérisées par des mouvements anormaux, rapides, illogiques, maladroits, continus, généralisés habituellement, disparaissant pendant le sommeil. La chorée rythmique est éliminée par cette définition du cadre, trop étendu jadis, des chorées ; elle a sa place dans les mouvements rythmiques d'origine hystérique.

Les chorées chroniques comprennent plusieurs espèces : 1° La chorée chronique progressive, dont la variété familiale et héréditaire est constituée par la chorée de Huntington ; 2° La chorée de Sydenham, passée à l'état chronique ; 3° La chorée variable des dégénérés. — La chorée de Sydenham et la chorée de Huntington, syndrômes distincts, quoique voisins, peuvent se montrer successivement chez le même sujet.

A côté des chorées proprement dites, existent une série de syndromes choréiques, symptomatiques, dont l'un des plus importants est l'hémichorée symptomatique.

Les lésions des chorées chroniques progressives, qu'elles soient héréditaires ou non, sont identiques ; elles relèvent de

processus méningo-encéphaliques chroniques. Les altérations portent surtout sur les circonvolutions qui sont atrophiées : les cellules cérébrales sont dégénérées, la névroglie prolifère, les vaisseaux sont sclérosés ; il peut y avoir infiltration leucocytaire abondante périvasculaire et intra-corticale. Les lésions prédominent suivant les cas sur les éléments cellulaires, névrogliques ou vasculaires. Elles peuvent coexister. Les lésions des autres parties du système nerveux sont irrégulières, inconstantes et mal connues.

Les chorées chroniques constituent des syndromes physiologico-pathologiques, dont la résultante est l'indépendance des centres automatiques, quel que soit le processus initial, dégénératif, inflammatoire ou vasculaire. Ce sont des syndromes organiques.

Les chorées chroniques doivent prendre place dans les syndromes nerveux à mouvements anormaux et à troubles mentaux ; elles sont un des échelons de cette série qui s'étend de l'épilepsie et de l'athétose aux myoclonies et aux tics. La chorée des dégénérés constitue la transition entre ces syndromes, reconnaissant à leur origine un trouble profond dans le fonctionnement de la cellule corticale ou de ses dépendances physiologiques.

M. Sainton fait suivre l'exposé de son rapport de projections photographiques et cinématographiques. Ces dernières, mettant sous les yeux des assistants des exemples animés de chorées chroniques, sont hautement appréciées.

Dr Anglade. — Le très consciencieux et très intéressant rapport de M. Sainton marquera une date importante dans l'histoire des chorées chroniques. Les problèmes cliniques s'y trouvent sinon résolus, du moins très clairement posés, ce qui provoquera une observation plus méthodique et plus efficace en vue de leur solution prochaine. Je suis convaincu pour ma part que l'étude des cas cliniques fera découvrir des relations de parenté entre les différentes formes de chorées, entre la chorée de Sydenham et la chorée de Huntington en particulier. En attendant, le Congrès sera heureux de prendre acte de cette affirmation du rapporteur : la chorée chronique doit

être rayée du cadre des névroses pour passer à celui des maladies organiques. Effectivement, il y a dans le système nerveux des choréiques chroniques, des lésions souvent grossières, presque toujours diffuses. Nous devons maintenant rechercher si elles sont spécifiques par leur nature ou leur localisation.

Avant tout, je signale le profit qu'il y aurait à n'utiliser que des cas bien typiques non compliqués de sénilité cérébrale ni de quelque infection intercurrente. Pour être une vraie chorée d'Huntington, la maladie doit être similairement héréditaire. Mieux vaut s'arrêter sur les cas qui ont débuté après 30 et avant 40 ans et il faut exiger le caractère progressif, l'association aux mouvements choréiques de troubles mentaux démentiels. Le cas que j'ai étudié réunissait toutes ces conditions et il s'est terminé, n'ayant duré que 6 ans par, un accident brusque et rapidement mortel d'hémorrhagie méningée. Il ne saurait y avoir de circonstances plus favorables pour une étude anatomo-pathologique de la chorée chronique, et voici mes constatations. Dans la moelle, le bulbe, la protubérance et le cervelet, je n'ai relevé que des lésions fort banales qui ne méritent pas de retenir votre attention. Dans le cortex cérébral, j'ai vu de la méningite inflammatoire et hyperplastique, l'apaississement très marqué de la bande névroglique superficielle, une moindre épaisseur de la substance grise, l'invasion de cette substance par des noyaux, des staebschenzellen très nombreux aussi, la raréfaction, la chromatolyse, la dégénérescence pigmentaire des cellules, l'épaississement et l'infiltration des vaisseaux. Entre ce cortex et celui d'une paralysie générale, je ne vois vraiment qu'une différence, c'est le défaut de prédominance du processus interstitiel à hauteur du trait d'union entre la substance blanche et de la substance grise et il y a, je dois le dire, des formes de paralysie générale où cette prédominance est fort discrète. En sorte que ce que j'ai vu dans l'écorce ne me paraît pas se distinguer assez nettement des processus d'encéphalite chronique qui se réalisent ailleurs que dans les cerveaux de choréiques chroniques.

Mais j'ai retenu deux constatations qui m'ont vivement intrigué et que je désire vous soumettre avec pièces à l appui.

En pratiquant sur les hémisphères des coupes verticales,

j'ai, sur la table même d'autopsie, reconnu deux zones d'induration très nette, deux aspects que je n'avais jamais vus auparavant et que je n'ai point retrouvés depuis peut être, parce que je n'ai pas eu occasion de nécropsier un nouveau cas de chorée chronique.

L'un de ces aspects est l'épaississement considérable de la bande névroglique qui tapisse les ventricules avec la disparition sur presque toute l'étendue du revêtement épendymaire des cellules épithéliales appartenant à la névroglie. Cette modification de l'épendyme et de la zone péri-épendymaire, ne ressemble ni à l'épendymite granuleuse de la paralysie générale, ni à l'épendymite ulcéreuse ou en plaques de l'hydroc phalie ou bien encore de quelques cerveaux séniles.

L'autre aspect est plus spécial encore. C'est celui que présentent les noyaux gris : la couche optique, le noyau caudé et surtout le noyau lenticulaire. Ces trois masses grises semblent confondues dans un bloc de consistance ferme et de couleur uniformément grise, au milieu duquel les fibres de la capsule interne sont devenues méconnaissables. J'ai fait, à ce niveau, une série de coupes que j'ai colorées par mon procédé et la névroglie y est apparue avec des caractères pathologiques d'une netteté parfaite. Rien d'ailleurs n'est plus aisé que de reconnaître une réaction névroglique à ce niveau. Normalement, les astrocytes y sont rares et le réseau fibrillaire est à peine visible. Or ici l'aspect du processus est gliomateux. Les astrocytes sont très nombreux, polynucléaires et de grande taille. Ils ne manquent en aucun point, s'entassent par amas, se gonflent comme pour pondre des noyaux qui se répandent à travers le réseau ou se groupent, formant alors de véritables nids. Ces nids correspondent toujours à des trousseaux de fibres névrogliques parallèlement disposées fines Ces groupements de fibrilles et de noyaux séparés par des zones de grands astrocytes ont une physionomie très particulière que des examens multiples ne m'ont jamais fait voir, j'insiste sur ce point, ailleurs que dans ce cas de chorée chronique si typique.

Et dès lors, je me demande si cette lésion centrale n'est pas mieux qualifiée que les lésions corticales pour nous rendre

compte des mouvements choréiques. Elle est incontestablement plus accusée et il vient à l'esprit qu'elle doit être aussi la plus ancienne. Les mouvements choréiques, ordinairement aussi, apparaissent les premiers et on peut émettre cette hypothèse que la lésion des noyaux gris centraux a déterminé les mouvements auxquels la demence a succédé au fur et à mesure que s'est effectuée la propagation du processus vers la corticalité. Je ne suis pas le premier à mettre hypothétiquement la chorée sur le compte d'une lésion des noyaux gris et, sans parler de la localisation de l'hémichorée dans la couche optique ou le noyau lenticulaire (Raymond), je rappellerai que Flechsig et Hirt (1) ont très nettement formulé cette même hypothèse en réclamant qu'elle fut vérifiée. Je voudrais, puisque je me suis laissé entraîner dans le domaine des hypothèses, en formuler une antre. La chorée est essentiellement une maladie familiale qui souvent débute à l'âge adulte sous une influence banale, émotionnelle dans mon cas. Je me sens disposé à admettre qu'elle est le résultat de la rupture de cette bonne harmonie dont j'ai parlé ailleurs, qui devrait régner entre les deux éléments fondamentaux du système nerveux : la cellule nerveuse et la névroglie. Il est possible que la névroglie tire de l'hérédité une susceptibilité spéciale, des tendances anarchiques qui la font s'insurger contre la cellule nerveuse ou son prolongement cylindraxile, proliférer, par poussées dans les chorées aiguës ou variables, progressivement et fatalement dans la chorée chronique de Huntington. Mais j'ai hâte de retourner aux faits et je place sous les yeux des membres du congrès des préparations histologiques qui, je l'espère, seront assez nettes pour leur inspirer le désir de les rechercher attentivement dans des cas analogues. Et mon ambition sera satisfaite si je parviens à provoquer le contrôle de mes propres observations encore bien insuffisamment précises.

M. René Cruchet (de Bordeaux). — Je ferai quelques réflexions sur l'intéressant rapport de M. Sainton.

(1) Hirt. — Maladies nerveuses, traduction française page 467.

1° En premier lieu, sur la définition et la délimitation du mot *chorée*, je crois que tout le monde est prêt de s'entendre. Dans la chorée, les mouvements sont lents, arrondis, moelleux, continus (à l'état de veille) ; ils sont amorphes et afigurés ; la volonté est incapable de les arrêter, même temporairement ; ils persistent aussi bien au repos que dans l'action, d'où maladresse de celle-ci ; ils ne disparaissent que dans le sommeil. J'ai noté depuis longtemps, et j'ai fait remarquer souvent, qu'il suffit de regarder un nouveau-né parfaitement normal et réveillé, pour avoir un véritable schéma de la chorée ; si bien qu'on pourrait dire que la chorée n'est pas autre chose que le retour à l'état moteur du nouveau-né.

M. Sainton a toutefois fait remarquer —et les films cinématographiques nous le prouvent — que les mouvements choréiques pouvaient parfois s'atténuer. J'ai également constaté ce fait, entièrement contraire aux données classiques. J'ai observé des cas de chorée typique où les mouvements n'étaient pas aussi maladroits qu'à l'état choréique habituel, et où les émotions, la suggestion pouvaient les faire diminuer nettement d'intensité ; je dois ajouter qu'ils ne disparaissent jamais complètement et qu'il persiste toujours de petits mouvements fibrillaires (1).

Entre la chorée et l'*athétose*, les limites ne sont pas toujours très tranchées ; on admet que dans l'athétose, les mouvements sont plus lents, qu'ils sont plus raides, qu'ils sont surtout localisés aux extrémités, et que les articulations de celles-ci sont très relachées, subluxées : mais souvent le diagnostic demeure fort hésitant, entre ces deux états si proches voisins, et se base sur des nuances dificiles à saisir.

Au contraire, le *tic* se différencie aisément ; il est plus brusque, plus vif, plus bref, discontinu ; il est toujours figuré, c'est-à-dire qu'on reconnaît en lui un geste, qui est seulement plus fréquent qu'à l'état normal ; la volonté peut, sinon le faire cesser, du moins le retarder ; il disparaît dans les actes ordinaires de la vie.

(1) Pour les mettre en évidence, au niveau des mains, nous avons coutume, à la clinique du professeur Monssous de faire mettre les deux mains du sujet à plat sur une table ou de les faire reposer sur les propres mains ouvertes du médecin, pulpe des doigts contre pulpe des doigts.

La *myoclonie* a été fortement obscurcie par l'école allemande contemporaine, qui en a décrit beaucoup trop de variétés et de sous-variétés dans lesquelles on se noie. Il faut en revenir au type simple du paramyoclohus multiplex de Friedreich qui se confond avec la chorée fibrillaire de Morvan, mot malheureux à abandonner sans retour. Dans la myoclonie, les mouvements sont vifs, instantanés, allant depuis de simples rides fibrillaires jusqu'au sautillement fasciculaire et jusqu'à la contraction musculaire, avec ou sans effet locomoteur : les mouvements sont involontaires, afigurés, incoordonnés ; ils ont une tendance à atteindre leur maximum au repos et surtout dans la direction horizontale, tandis qu'ils s'atténuent presque toujours dans l'action ; ils disparaissent habituellement dans le sommeil.

Enfin, le mouvement rythmique — la *rythmie*, comme je l'ai appelée — forme encore un groupe nettement à part . M. Sainton pense que ce mouvement rythmique est toujours hystérique : ce n'est évidemment pas exact. J'ai démontré et je crois que tout le monde est d'accord avec moi sur ce point — que la rythmie existe dans un très grand nombre d'états : je l'ai relevée dans diverses toxi-infections aiguës (fièvre typhoïde, méningite tuberculeuse, complications pulmonaires, tétanie, érysipèle, alcoolisme, malaria) et chroniques (syphilis, rachitisme), sans parler de l'helminthiase et de la dentition, de l'épilepsie et de l'idiotie ; elle existe surtout, à l'état de véritable habitude, chez un nombre incalculable de jeunes enfants ; enfin, elle peut même se montrer dans le sommeil seul, comme je l'ai prouvé à plusieurs reprises, et comme l'ont décrit, depuis, de nombreux auteurs : je signalerai en particulier, comme la plus récente, une très belle observation de MM. Régis et Galtier.

En résumé, sur cette question de définition de la chorée et de sa délimitation des états morbides voisins, je ne crois pas m'éloigner beaucoup des idées défendues par M. Sainton : elles les complètent seulement sur quelques points.

2° M. Sainton nous a montré, parmi les chorées chroniques, un certain nombre de types localisés, en particulier au niveau

des extrémités avant-bras et main, pied et orteils. Le type céphalique constitue également un type localisé.

Et, à ce propos, en voyant défiler devant nous il y a un instant, les films cinématographiques, j'ai été frappé de la ressemblance extraordinaire qui existe entre la chorée localisée à la tête et au cou, et certains types de torticolis spasmodiques. Ce rapprochement s'impose d'autant plus à l'esprit qu'il en appelle immédiatement un autre. M. Sainton a beaucoup insisté, en effet, sur l'influence *héréditaire* et *familiale* des chorées chroniques. Or, précisément, j'ai rapporté un lot important de torticolis spasmodiques d'origine familiale, dont on trouvera tout au long la description dans le livre que j'ai consacré à cette étude (1). Cette analogie n'est-elle pas curieuse?

3° Il est certain que tout est loin d'être dit sur les chorées chroniques. Quand on lit avec attention toutes les observations publiées sur cette étiquette, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'on a décrit, et qu'on décrit encore, sous ce nom, bien des faits disparates.

J'ai essayé en particulier d'en extraire le syndrome que j'a dénommé *bradykinésie spasmodique* (βραδὺς κίνησις mouvement), et dont la réalité paraît avoir été acceptée par les Anglais Parmi les nombreuses observations citées à l'appui de cette opinion (2), je n'en avais pas encore relevé chez les enfants. Depuis, j'ai eu l'occasion d'en recueillir un, chez un garçon de huit ans, dont l'observation détaillée sera publiée ultérieurement. J'ai retrouvé, dans cet exemple, tous les phénomènes cliniques que j'avais déjà décrits chez l'adulte : état spasmodique généralisé ou tendant à le devenir, et entraînant un état soudé, figé, s'accompagnant de raideur, avec lenteur générale des mouvements ; tous les actes volontaires, quels qu'ils soient, sont gênés, ralentis : écriture, marche, surtout en descente, gestes des bras, de la tête, du tronc ; l'exécution des mouvements exagère souvent l'état spasmodique ; fréquemment au repos, mouvements athétoïdes ou choréiformes des extrémités,instabilité musculaire de toutes les parties du corps; existence de troubles vaso-moteurs (sudation et rougeur

(1) Voir *Traité des torticolis spasmodiques*, p. 736 à 748, 1907.
(2) *Traité des torticolis spasmodiques. loc. cit.*, p. 346 à 391.

excessives des mains, des aisselles, des pieds ; gêne de la parole qui est traînante, bredouillante, mal compréhensible.

Il semble que les caractères précédents, qu'on retrouve exactement semblables dans de multiples observations, justifient l'existence de ce type nouveau, qui ne ressemble qu'à lui-même : car on ne peut pas dire qu'il s'agit, à proprement parler, ni de chorée, ni d'athétose, ni de paralysie agitante, ni de syndrome de Little, ni de sclérose en plaques, ni d'ataxie, ni de maladie de Thomsen, ni de torticolis spasmodique ; et pourtant certains symptômes rappellent diverses particularités des maladies précédentes, sans pouvoir être en nombre suffisant pour faire songer à une de ces maladies déterminées.

M. Audry, dans son important ouvrage sur l'athétose double, montre son embarras ; il ne sait trop dans quel cadre classer le syndrome de ce genre, qu'il tend à rapprocher soit de la chorée chronique, soit de l'athétose double, tout en reconnaissant que les limites entre ces deux formes sont bien difficiles à déterminer ; il fait également remarquer que les auteurs anglais, après Little, font de ce syndrome une variété de diplégie cérébrale ou de tabes spasmodique infantile, ce qui prouve une fois de plus combien les opinions, sur ce sujet, sont incertaines.

Pour ces diverses raisons, je crois que le syndrome que j'ai isolé, avec ses caractères particuliers, est susceptible d'être adopté ; c'est un type de syndrome dont la réalité, pour moi, ne fait pas l'ombre de doute. J'ajoute, qu'au point de vue anatomo-pathologique, je partage absolument les idées de M. Sainton : il s'agit vraisemblablement, dans les cas de ce genre — peu en importe le nom — de lésions de sclérose cérébrale.

Un cas de Chorée chronique avec autopsie, par MM. Gilbert Ballet, professeur de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris et Laignel-Lavastine, chef du laboratoire de la clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris.

A l'occasion du remarquable rapport de M. Sainton, nous désirons présenter au Congrès le fait anatomo-clinique suivant, que nous avons eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu en 1908.

Il s'agit d'une femme de 58 ans qui, le 24 juin 1908, fut ramassée sur la voie publique, amenée à l'Hôtel-Dieu et reçue dans un service de chirurgie.

Comme elle n'avait aucune blessure, mais ne pouvait se tenir debout, elle fut passée dans le service le 26 juin.

Elle y resta six semaines, jusqu'à sa mort survenue le 27 juillet, à 4 h. 30 du matin, par broncho-pneumonie, avec 40° de température rectale.

Dès le premier abord, la gesticulation continuelle des membres supérieurs et de la face donne l'impression d'une chorée.

Les renseignements fournis par la concierge de la malade confirment le diagnostic de chorée chronique. Depuis 25 ans, elle avait des « mouvements nerveux », mais depuis 4 ans ils se sont à ce point accentués que la malade ne pouvait plus exercer son métier de cuisinière.

A l'examen, on distingue chez cette malade deux syndromes distincts : l'un choréique, ancien, chronique, et qui persiste jusqu'à la mort ; l'autre parétique, récent, aigu, qui s'atténua progressivement.

Le *syndrome choréique* se caractérisait par la gesticulation des membres supérieurs, surtout marquée à gauche, et des grimaces de la face, prédominant dans les lèvres et les orbiculaires.

Le *syndrome parétique*, qui eut un début brusque, marque par la chute de la malade dans la rue, se caractérisait les premiers jours par une paraplégie avec rétention d'urine et cons-

tipation qui céda aux lavements, puis incontinence d'urine et gâtisme.

Ce gâtisme était d'origine cérébrale, car après que la malade avait gâté elle se débarbouillait avec ses matières, et l'examen physique montrait l'existence d'une hémiparésie droite avec symptômes pseudo-bulbaires. Les réflexers rotuliens et achilléens étaient forts des deux côtés, mais surtout à droite. Il n'y avait pas de clonus, ni de signe de Babinski. Il n'y avait pas de troubles de sensibilité, ni d'atrophie musculaire.

La malade tenait souvent le membre supérieur droit en légère flexion. Les réflexes tendineux en étaient forts. Le membre supérieur gauche était intact. La bouche, édentée, à chaque instant entr'ouverte, laissait écouler une certaine quantité de salive. Les mouvements prédominaient dans la commissure droite des lèvres.

La face était pâle, le nez pincé ; les yeux, sans expression, réagissaient normalement à la lumière et à l'accommodation.

La malade dormait presque continuellement, et quand on l'interrogeait poussait quelques grognements et n'avait pas l'air de comprendre.

Elle ne pouvait avaler les aliments solides dont la déglutition déterminait des crises d'étouffement ; néanmoins, ces crises ne furent jamais assez sérieuses pour nécessiter la venue de l'interne de garde.

Une petite escarre sacrée, guérit rapidement.

L'*autopsie* fut faite le 28 juillet 1908, à 10 heures du matin, après injection du cadavre au formol à 10/100 le 27, à 1 heure.

A part les lésions de broncho-pneumonie, les viscères ne présentaient pas de modifications importantes à noter. Le névraxe a été conservé pour l'examen histologique.

A l'œil nu, les méninges cérébrales paraissaient épaissies. Les granulations de Paccioni étaient abondantes.

Sur la coupe de Fleschsig de l'hémisphère gauche, on voit deux petits points ocre de 2 millimètres de diamètre chacun à l'angle interne du noyau lenticulaire.

Sur la même coupe de l'hémisphère droit, on voit une petite cavité kystique ovale, à grand axe longitudinal, longue de

7 millimètres et large de 3, à l'angle interne du noyau lenticulaire. Cette cavité contient un liquide clair ; elle a tous les caractères d'un ancien ramollissement devenu kystique et n'est certainement pas une altération fromage de gruyère d'origine cadavérique.

Examen histologique

Lobule paracentral gauche. — L'hématéine-éosine montre un gros épaississement méningé et une inflammation légère prédominant dans le fond des sillons. Au Nissl, la méningo-encéphalite subaiguë est typique et assez intense. L'aspect est un peu différent selon qu'on examine en avant ou en arrière d'une ligne transversale passant par l'extrémité supérieure du sillon de Rolando.

Dans la partie *antérieure* du lobule paracentral, la méningo-corticalite est telle en un point qu'on ne voit plus la limite entre la méninge et l'écorce. A ce niveau, les noyaux, très abondants, sont les uns ovales, volumineux et pâles, d'autres petits, foncés, opaques et entourés de protoplasme bleu ; d'autres enfin, de taille intermédiaire aux deux autres, clairs, à grains chromatiques nets, et entourés de protoplasme également bleu.

Les cellules de Betz présentent de grosses lésions chromatolytiques et des figures de neurophagie : elles sont souvent pigmentées. Les pyramidales, grands et petits, ont aussi des lésions chromatolytiques, mais surtout leurs cellules satellites sont très augmentées de nombre. Cette augmentation est visible aussi dans la couche des cellules polymorphes.

Dans la partie *postérieure* du lobule paracentral, la méningite lymphocytique, qui prédomine à la face profonde de la pie-mère, est généralement formée d'une épaisseur de 6 à 8 rangs de noyaux opaques très fortement colorés. Cette infiltration lymphocytique se continue sans ligne de démarcation de la face interne de la pie-mère dans les gaînes péri-vasculaires de His des vaisseaux de moyen calibre. Quand la coupe du vaisseau est oblique, on voit très bien les diverses variétés de noyaux : grands, ovales et pâles ; moyens, ovales et

pâles, avec grains chromatiques ; petits, ronds et colorés, avec grains chromatiques ; et enfin petits, ronds et opaques. La péri-vascularite paraît être le processus général d'infiltration du parenchyme, car elle accentue le dessin même des capillaires, et quand on vise à l'immersion, dans le tissu nerveux, une réunion de 3 à 4 noyaux, on y trouve en règle générale l'indice d'un capillaire.

En résumé, ces coupes donnent l'impression de préparations de paralysie générale dans lesquelles la méningite l'emporte sur l'encéphalite.

Lobule paracentral droit. — Le Van Gieson montre un treillis épais de sclérose dans la méninge.

Au Pal, on constate la disparition totale du plexus d'Exner, la diminution des fibres tangentielles, la raréfaction des fibres de la couronne rayonnante, surtout dans sa partie périphérique et des taches blanches de décoloration totale centrées par des vaisseaux.

Frontale ascendante gauche (partie moyenne). — A l'hématéine-éosine, l'inflammation méningée est localisée dans le fond des sillons ; dans l'écorce, la périvascularite est surtout nette autour des vaisseaux d'un certain calibre.

Au Nissl, l'inflammation lymphocytique méningée et périvasculare, qui tranche en bleu sur le fond clair des préparations, montre bien qu'il s'agit d'un même processus. La périvascularite est encore plus marquée qu'au lobule paracentral.

Les cellules pyramidales sont en chromatolyse légère, sans déformation notable ni figures de neurophagie.

Pariétale ascendante (partie moyenne). — L'ensemble des coupes donne tout à fait l'impression de la P. G.

A la surface de la pie-mère, on voit de petits nodules formés par la prolifération des cellules endothéliales du revêtement méningé. Ce sont des productions banales ; leurs cellules se distinguent immédiatement des lymphocytes beaucoup plus fortement colorés, de la face profonde de la pie-mère et des gaînes périvasculaires. Cette inflammation vasculaire est énorme. Par contre, les cellules pyramidales sont en chromatolyse légère, sans neurophagie.

Le Van Gieson ne montre pas de sclérose appréciable.

Pied et cap de la troisième frontale gauche. — L'infiltration méningo-corticale, nette à l'hématéine-éosine, est plus facilement analysée par les méthodes de Nissl et de René Sand (1).

Au Nissl, en plus des nodules de cellules fixes endothéliales de la surface de la pie-mère, on remarque l'infiltration lymphocytique de sa face profonde qui se continue dans les gaînes périvasculaires ; dans ces 2 régions, en plus des lymphocytes, on voit quelques cellules plasmatiques à noyau périphérique et à protoplasme fortement coloré.

Par la méthode de René Sand, qui colore d'une façon élective les noyaux d'origine conjonctive et permet de les distinguer des noyaux névrogliques, on a la démonstration qu'il s'agit bien d'une infiltration périvasculaire de lymphocytes et de cellules plasmatiques.

Le Van Gieson ne montre pas de sclérose conjonctive de la méninge, mais un épaississement du tissu névroglique sous-méningé.

Le Pal, comme dans les circonvolutions rolandiques, se caractérise par la disparition totale du plexus d'Exner, la diminution des fibres tangentielles et la raréfaction de la couronne rayonnante, surtout dans sa partie périphérique.

Cunéus gauche. — A l'hématéine-éosine, grosse et belle infiltration lymphocytique dans le fond des sillons et grosse infiltration du cortex sans élection périvasculaire frappante au premier abord. Au Nissl, on voit très bien la méningite lymphocytique. l'infiltration diffuse et la périvascularite, alors que les lésions des cellules nerveuses sont très légères (chromatolyse partielle sans déformation ni neurophagie).

Cervelet. — Les lésions cérébelleuses paraissent beaucoup moins atteintes que la corticalité cérébrale ; il existe la même méningite lymphocytique que dans les méninges cérébrales, mais plus discrète. L'infiltration périvasculaire est très peu marquée. Au Nissl, les cellules de Purkinje sont pâles.

Au Marchi, on ne voit que de petites granulations noires en rapport avec les processus terminaux.

(1) René Sand. Ac. de Méd. de Belgique, 1907.

Au Weigert, l'aspect général des fibres est normal et l'olive cérébelleuse est riche en fibres et en cellules nerveuses comme à l'état sain.

Noyaux centraux de l'hémisphère droit. — Des coupes horizontales des noyaux centraux, noyau lenticulaire, noyau caudé et couche optique, comprenant la capsule interne immédiatement au-dessus de la coupe de Flechsig, ne montrent au Weigert-Van Gieson ou picro-carmin, qu'un aspect général normal à part les lésions en rapport avec la petite cavité kystique de l'angle externe du noyau lenticulaire. En ce point, on voit des taches celluleuses dans l'aire de la cavité, du sang et des leucocytes granuleux remplis de graisse sur les bords et des fibres à myéline de calibre inégal et souvent avec gros renflements dans le voisinage des parois de la cavité.

Pédoncules. — D'aspect général normal au Weigert-Van Gieson.

Protubérance. — De même.

Bulbe. — Il existe une légère méningite locale, postéro-latérale et une grosse périvascularite au fond du sillon médian antérieur. Une petite artère postéro-latérale est atteinte d'endartérite.

Sur les coupes passant par les olives, on remarque que les cellules de celles-ci sont pour la plupart pigmentée et en chromatolyse. Pareilles altérations se remarquent dans quelques cellules de la plupart des noyaux bulbaires, particulièrement dans ceux du vague et de l'hypoglosse.

Moelle cervicale. — La pie-mère est légèrement infiltrée de cellules rondes surtout autour des racines antérieures. Il existe des manchons lymphocytiques à quelques vaisseaux de la substance blanche ; on en voit aussi à quelques-uns de la substance grise. La majorité des cellules radiculaires antérieures sont en chromatolyse partielle sans déformation, ni neurophagie. Au Weigert, on ne remarque qu'une raréfaction des fibres à myéline des faisceaux pyramidaux croisés plus nettement limitée à droite.

Le canal épendymaire est oblitéré.

Moelle dorsale. — Il existe une grosse méningite postérieure avec nodules lymphocytiques.

Le canal épendymaire est par places perméable, en d'autres oblitéré et entouré de chapelets de cellules épendymaires, qui essaiment alentour. Les cellules radiculaires antérieures, un peu pigmentées, sont en chromatolyse, ainsi que les cellules des colonnes de Clarke, qui sont surtout remarquables par l'extrême intensité de leur dégénérescence graisseuse; beaucoup ne sont plus que des sacs de graisse jaune, dans lesquels toute substance chromatique de Nissl a complètement disparu. Cette dégénérescence graisseuse éclate sur toutes les coupes et contraste avec la relative intégrité des autres groupes cellulaires.

Au Weigert, la raréfaction des fibres pyramidales croisées est à peine appréciable; cependant on la distingue à droite immédiatement en dehors de la corne postérieure.

Moelle lombaire. — Il existe une méningite légère autour des racines postérieures.

Les cellules épendymaires ont proliféré et le canal est oblitéré.

La méningite à prédominance postéro-latérale se continue avec la périvascularite des vaisseaux de la corticalité médullaire.

Les cellules radiculaires, riches en pigment graisseux, quoique à un moindre degré que les cellules de la colonne de Clarke, sont en chromatolyse simple.

Au Weigert, l'aspect de la moelle est normal, mais il y a raréfaction des fibres myéliniques dans les racines antérieures.

Ganglions lombaires. — Ils présentent une inflammation chronique périphérique légère, mais incontestable. Il n'y a pas d'infiltration cellulaire appréciable. Les cellules nerveuses sont pigmentées, avec chromatolyse légère. Au Weigert, l'aspect est normal.

Un cas de Chorée chronique avec lésions des olives cérébelleuses, par le docteur A. Vigouroux.

La rareté relative des observations cliniques avec autopsie recueillies par M. Sainton dans son excellent rapport, m'a poussé à apporter au Congrès ces deux observations complètes prises dans mon service de l'Asile de Vaucluse.

La première concerne un homme âgé de 58 ans, chez lequel la chorée a débuté à la suite d'une émotion et s'est accompagnée de troubles mentaux. Sans avoir d'hérédité directe, ce malade était un héréditaire dégénéré et présentait des troubles de l'humeur qui affectait une allure cyclique.

La particularité anatomo-pathologique intéressante est la présence, à côté de lésions diffuses et d'un petit foyer de ramollissement superficiel de l'écorce, d'altérations symétriques des olives cérébelleuses. L'analogie souvent constaté des mouvements choréiques et des mouvements incoordonnés des cérébelleux rend cette constatation curieuse et digne d'être signalée.

Ver..., âgé de 67 ans, entre à l'asile de Vaucluse une première fois le 5 janvier 1907. Il présentait de l'excitation intellectuelle, des idées de persécution contre son gendre et sa fille qu'il accusait de l'avoir volé, dépouillé, maltraité. Il avait aussi quelques idées de satisfaction portant sur sa force musculaire : « Il est le premier coureur du monde et possède l'estime de tous. Il veut faire un procès à son gendre, etc. » Il ne peut rester au lit, il marche dans le dortoir afin de prendre de l'exercice.

L'examen physique montre qu'il présente des mouvements choréiques surtout prononcés dans les bras et dans les jambes ; les muscles de la face ont également des contractions involontaires et conscientes, mais qui sont plus rares. La parole est scandée, l'écriture est très difficile, les lettres ont des jambages irréguliers et des formes anormales, les mots ne sont pas sur une ligne horizontale.

La station debout est possible, la marche est facile bien que scandée et légèrement ataxique.

Les pupilles sont égales et réagissent peu ; la langue n'est pas tremblante ; les reflexes rotuliens sont forts ; les reflexes cutanés (plantaires et crémastériens) sont nuls. Les artères radiales sont un peu dures et flexueuses. Le cœur ne présente rien de particulier ; l'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Les renseignements fournis par sa femme sont les suivants :

Son père est mort de la variole, sa mère est morte jeune après avoir eu quatorze enfants. Un frère est interné à Albi depuis 15 ans. Des 12 autres frères, deux ou trois sont encore vivants et en bonne santé. Il eut 3 enfants : l'un mort à 1 an, une fille morte à 15 ans et une fille de 35 ans, mariée et en bonne santé. Personne dans la famille n'aurait été choréique.

Son enfance et sa jeunesse ne nous sont pas connus.

A 29 ans, il était sapeur-pompier quand il s'est marié en 1865.

En 1871, il eut une très violente émotion, ayant été commandé pour enterrer les cadavres des soldats tués à la bataille de Montretout.

Sa femme prétend que depuis cette émotion son caractère s'est modifié, il est devenu bizarre et irritable. Elle remarqua aussi que ces troubles du caractère revêtaient une allure cyclique et se manifestaient tous les trois mois pendantune période de huit jours.

Il put cependant remplir les fonctions de gardien de la paix jusqu'en 1882, et celles de garçon de bureau dans une banque jusqu'en 1896.

En 1887 (à 47 ans), il passa un mois à l'hôpital Jaint-Soseph pour une crise d'albuminurie accompagnée de cauchemars et de crampes dans les jambes.

Comme garçon de bureau il fit quelques excès alcooliques (vin et apéritif), mais sans jamais s'enivrer.

En 1896, il fut mis à la retraite parce que son caractère était devenu trop mauvais; il était orgueilleux, mécontent et irritable.

Depuis il n'a plus travaillé (56 ans) ; il marchait beaucoup et était très fier de la longueur des courses qu'il faisait.

En 1899, à 58 ans, il perdit une fille âgée de 15 ans, qu'il aimait beaucoup, et c'est depuis le chagrin qu'il conçut de cette perte que *les premiers mouvements choréiques apparurent.* Depuis, les troubles du caractère allèrent en augmentant : il faisait des scènes violentes et injustifiées à sa femme, à sa fille et à son gendre, se plaignant de n'être pas traité suivant son mérite, d'être maltraité, dépouillé de l'argent de sa retraite. Lecteur de la *Libre Parole*, il s'occupait de politique ; il s'excitait en lisant les articles de Drumont, invectivait les temps actuels, donnait de l'argent à l'église, etc...

L'excitation augmentant, il ne put plus être conservé dans sa famille qui le fit interner, pour le réclamer six semaines après (14 février 1907).

Quand seize mois plus tard il revint dans le service (juillet 1908).

il venait de l'hôpital Boucicaut où il était entré après une chute d'omnibus. Le Dr Letulle notait de l'excitation délirante et de l'ataxie des mouvements. La chorée est devenue beaucoup plus intense et les troubles mentaux consistent surtout en préoccupations mystiques.

Il présente un léger affaiblissement intellectuel, bien qu'il soit bien orienté et qu'il reconnaisse parfaitement la salle où il se trouve et les infirmiers qui le soignent ; il a toujours de l'animosité contre son gendre et il présente de l'indifférence affective vis à vis de sa femme et de sa fille. Mais il est surtout mystique : c'est Dieu qui l'a conduit ici, c'est Dieu qui le soutient. Il passe son temps à lire un livre de prières et à égréner son chapelet. Il fait des prières et lit à haute voix des passages de l'évangile pour l'édification de ses voisins. Il se dit en constante communication avec Dieu et si un de ses voisins est malade, c'est que Dieu le punit. Dieu l'a envoyé ici pour convertir malades, infirmiers et médecin ; à la visite il nous fait lire certaines prières : « C'est bien cela ! disait-il. » Il menace de l'enfer ceux qui ne l'écoutent pas. Il fait des signes de croix avant tous ses actes ; il se met à genoux très fréquemment et il ne quitte guère son lit que pour cela.

Au point de vue physique les mouvements choréiques sont devenus beaucoup plus intenses. A la face, les grimaces sont presque constantes, elles s'exagèrent lorsqu'il veut parler ou manger. La parole est de plus en plus scandée. Les mouvements involontaires des bras sont tels qu'il renverse souvent sa timbale en voulant la porter à sa bouche et que l'écriture n'est plus possible ; les mouvements des jambes l'empêchent de se tenir debout immobile et, lorsqu'il veut marcher, il perd si souvent l'équilibre qu'il doit écarter ses jambes et se soutenir après les lits.

Les autres fonctions s'accomplissaient normalement ; il était glouton et ne gâtait pas. Cet état choréique alla en s'accentuant et l'état mental caractérisé par ce délire mystique se maintient pendant les huit mois qui précédèrent sa mort.

Il succomba en 15 jours des suites de la dysenterie.

A l'*autopsie*, nous constatons la congestion de tout l'intestin et la présence d'ulcérations dans le gros intestin.

Le cœur (380 gr.), n'a pas de lésion valvulaire. L'aorte n'est pas athéromateuse. La coronaire antérieure est indurée et flexueuse.

Les poumons sont très congestionnés, le droit possède un foyer de broncho-pneumonie. Les reins (340 gr.), sont petits, kystiques et ont de l'atrophie de la substance corticale.

Les capsules surrénales ont leur cavité remplie de sang.

Cerveau. — Au moment de l'extraction de l'encéphale, les méninges sont très œdématiées, mais quand l'œdème a disparu, la pie-mère apparaît assez mince et transparente. Les circonvolutions paraissent bien dessinées et amincies. Au niveau du pied de la 1[re] frontale se trouve un petit foyer superficiel de ramollissement de la dimension d'une pièce de un franc.

La pie-mère s'enlève assez facilement ; dans les points où elle est un peu adhérente, son extraction ne produit pas d'ulcération, à ce niveau la substance corticale a un aspect chagriné.

Les granulations de Pacchioni sont nombreuses.

Les ventricules latéraux sont dilatés et pleins de liquide.

Le plancher du 4[e] ventricule est couvert de granulations.

Les artères basilaires ne sont pas très athéromateuses. On note cependant des plaques d'athérome au niveau de l'embouchure des sylviennes.

A la coupe des hémisphères cérébraux on ne trouve rien d'anormal ; à la coupe du cervelet, le centre des olives cérébelleuses attire l'attention par leur aspect, la teinte est grise et la consistance paraît diminuee.

L'examen histologique (Hématoxyline-éosine, Nissl, Weigert Pal), fut pratiquée sur différentes régions du cerveau (lobe frontal, paracentral, etc., cervelet : olive et couche corticale).

La pie-mère est un peu épaissie, beaucoup moins enflammée que dans le cas de paralysie générale, mais légèrement infiltrée de cellules rondes. A sa périphérie, les cellules endothéliales de l'arachnoïde viscéral ont proliferé. Les vaisseaux paraissent normaux. Dans les espaces sous-arachnoïdiens, les mailles du tissu conjonctif sont très distendus. On voit une artère présentant une dilatation ampullaire.

Le cortex, en dehors d'un petit foyer de ramolissement très localisé ne présente pas plus ni périartérite ni endartérite marqué. La seule altération digne d'être notée est la neuronophagie intense des cellules corticales, neuronophagie qui paraît plus marquée au niveau des grandes cellules pyramidales.

Cervelet. — Le cortex du cervelet ne présente rien d'anormal aux différentes colorations. Les olives, par contre, sont altérees, l'olive gauche surtout. Au niveau de son ouverture se trouvent plusieurs *petites lacunes de désintégration* au centre desquelles on voit un vaisseau dont les parois sont en dégénérescence hyaline et dont la cavité est remplie par des globules de sang, des lympho-

cytes et des corpuscules hyalin. Autour de l'olive il y a des vaisseaux atteints de périartérite très prononcé. Les cellules mêmes de l'olive sont altérées : pigmentées et en voie de désintégration; cette altération est en rapport avec des lésions vasculaires que l'on constate dans la zône même des cellules.

L'olive cérébelleuse droite, moins altérée, contient néanmoins des vaisseaux très dilatés dont les espaces périvasculaires agrandis sont pleins de lymphocytes et de pigment sanguin.

Dans le bulbe, on note de l'endartérite des vaisseaux de la base, une prolifération des cellules neuro-épithéliales du plancher du 4e ventricule et une légère infiltration de la substance sous-épendymaire.

Les cellules des noyaux et les fibres des cordons ne présentent rien de particulier.

Notons enfin que le foie présentait de la dégénérescence graisseuse avec un début de sclérose péri-portale, que les reins avaient de la néphrite interstitielle et parenchymateuse que les capsules surrénales avaient leur veine centrale obstruée par de la phlébite, qu'il y avait infiltration de globules sanguins et disparition d'un grand nombre de cellules des travées.

En résumé, au point de vue clinique il s'agit d'une chorée chronique progressive ayant débuté chez un homme de 59 ans, héréditaire prédisposé, ayant des troubles cycliques du caractère, ancien albuminurique et artério-scléreux. Les mouvements choréiques ont été en s'aggravant jusqu'à empêcher la station debout et la marche. Les troubles mentaux, d'abord constitués par des troubles du caractère, de l'exaltation, des idées de persécution et de revendication comme on en observe souvent chez les vieillards, ont fini par un véritable état mystique déjà signalé chez les choréiques.

Au point de vue anatomo pathologique de l'encéphale, en dehors des lésions banales d'artério-sclérose cérébrale (petit foyer superficiel de ramollissement) et de la neuronophagie, les lésions discrètes mais très nettes des olives cérébelleuses sont seules à retenir. Elles se distinguent des lésions plus étendues trouvées par Touche dans son cas de chorée cérébelleuse (ramolissement du vermis supérieur et de la partie adjacente) parce qu'elles sont symétriques bien que plus marquées d'un côté.

Chorée chronique et Paralysie générale

par le docteur A. Vigouroux.

La seconde observation concerne un paralytique général chez lequel les mouvements choréiques précédèrent les troubles mentaux, s'accentuèrent avec ses dernières pour disparaître quand la démence fut installée globale et totale.

M... Jean-Baptiste, âgé de 15 ans, employé de commerce, entré le 3 mars 1906, présentant le syndrome paralysie générale au grand complet, avec cette particularité qu'il avait des mouvements choréiques des muscles de la face, des bras et des jambes et un soufle à la base au 2e temps. Ces mouvements étaient assez intenses pour l'empêcher de se tenir debout, de marcher et de manger seul. Il est même tombé plusieurs fois de son lit.

D'après les renseignements fournis par sa femme qui le connaît depuis 15 ans, il avait toujours eu de l'instabilité musculaire, il ne pouvait rester immobile, il gesticulait facilement, remuait constamment les bras et les jambes. Cependant il était très adroit de ses mains et était un joueur de violon apprécié.

Sans hérédité névropathique connue, il avait toujours été de caractère original et lunatique. Il avait eu les fièvres intermittentes et avait contracté la syphilis. Mais les mouvements choréiques nets ont débuté deux ans avant son internement, en même temps qu'apparurent les premiers troubles du caractère, la diminution de la mémoire et les maux de tête.

La paralysie générale évolua de façon ordinaire, la démence survint succédant à l'excitation et aux idées de grandeur.

Mais, fait intéressant : les mouvements choréiques furent de moins en moins prononcés.

Entre la période où il dut rester alité par suite de la paralysie des jambes et celle où il ne pouvait se lever du fait de l'ataxie résultant des mouvements involontaires des jambes, il y eut une période où il put marcher seul. Il put également pendant un temps manger seul. Il fut rarement gâteux.

Il succomba trois ans après son entrée à un ictus avec bronchopneumonie.

L'examen microscopique montre la présence d'une pachyméningite hémorrhagique et surtout de l'atrophie des circonvolutions avec de très nombreux kystes arachnoïdiens, gros comme

des noix, ayant déprimé le cortex sous-jacent et situés dans les régions motrices des deux côtés.

L'examen histologique fit constater les lésions ordinaires de la paralysie générale inflammatoire.

Chorée de Sydenham maladie organique

par André Thomas, ancien interne des Hôpitaux.

Dans son très intéressant rapport sur les chorées chroniques, M. Sainton a souligné quelques-unes des différences ou des analogies, qui séparent ou rapprochent la chorée chronique de Huntington et la chorée de l'enfance ou chorée de Sydenham. La première diffère surtout de la seconde par la date de son apparition, l'opiniâtreté de l'hérédité, la tendance à la chronicité ou à sa progressivité, par l'intensité des troubles mentaux. Ajoutons enfin que la chorée chronique est envisagée aujourd'hui comme une maladie organique : elle relève d'un processus de méningo-encéphalite chronique, comme l'ont démontré plusieurs observations suivies d'autopsie ; la chorée de Sydenham est encore considérée par beaucoup d'auteurs comme une névrose.

Je ne crois pas cependant que la chorée de Sydenham névrose résiste longtemps à l'examen consciencieux des faits ; j'ai déjà eu l'occasion d'aborder cette question dans deux communications faites à la Société de Neurologie, au cours de cette année, dont une en collaboration avec M. Tinel, interne des Hôpitaux (1). La preuve de la nature organique de la maladie n'est certes pas aussi facile à fournir que pour la chorée chronique : la chorée de Sydenham guérit presque toujours. Cependant il y a des chorées qui surviennent au cours, au déclin ou dans la convalescence des maladies aiguës et qui se terminent par la mort : elles débutent souvent comme

(1) André-Thomas et Tinel : *Hémichorée et signes de lésion organique du système nerveux central. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.* Société de Neurologie. Séance du 6 mai 1909. *Revue neurologique*, page 639.

André-Thomas : *De la nature organique de certaines chorées de Sydenham.* Société de Neurologie. Séance du 3 juin 1909. *Revue Neurologique*, p. 801.

la chorée de Sydenham, mais elles se terminent mal... et dans quelques-uns de ces cas, des lésions des centres nerveux ont été décrites : MM. Claude et Lhermitte (1) en ont rapporté récemment un exemple. Le syndrome « Chorée de Sydenham » est si mal délimité, si diversement compris suivant les auteurs — tandis que certains auteurs décrivent sous la même rubrique et dans le même chapitre la chorée de Sydenham et la chorée molle, il en est d'autres qui les décrivent dans des chapitres distincts — qu'on pourrait hésiter à ranger de pareilles observations dans la chorée de Sydenham.

Comment en effet identifier les chorées de l'enfance qui ne durent que quelques semaines et celles qui se terminent plus ou moins rapidement par la mort, si nous ne pouvons nous appuyer sur la communauté de caractères fonadmentaux qui rattachent les uns aux autres les types extrêmes et les types de transition ?

Dans les deux communications que j'ai faites à la Société de Neurologie, j'ai rapporté cinq observations dans lesquelles il existait quelques signes de lésion organique du système nerveux central. Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'examiner cinq nouveaux malades, chez lesquels tous les cliniciens auraient certainement diagnostiqué la chorée de Sydenham ; j'ai retrouvé chez eux des signes du même ordre.

A propos des premiers malades que j'ai présentés, on m'a objecté que la chorée était unilatérale ou prédominante d'un côté, qu'il s'agissait d'hémichorée et non de chorée de Sydenham : je ferai remarquer que la maladie en était encore à son début ; or, on sait qu'il est exceptionnel que la chorée soit généralisée d'emblée ; c'est l'opinion encore exprimée récemment par MM. Hutinel et Babonneix (2). J'ai pu suivre ces malades et chez tous la chorée s'est généralisée, mais est restée plus accusée du côté pris le premier.

Chez les dix malades (3), sur les observations desquels je

(1) Société de Psychiatrie de Paris, 21 janvier 1907 ; *L'Encéphale*, n° 2. février 1909.

(2) *Les Maladies des enfants*, t. V, 1909.

(3) Tous ces malades ont été examinés dans le service du professeur Dejerine, à l'Hospice de la Salpêtrière, et dans le service du Dr Leroux, au dispensaire Furtado-Heine.

m'appuie aujourd'hui, la force musculaire est très légèrement diminuée dans le côté où prédomine la chorée : cette hémiparésie légère est généralement plus marquée au membre supérieur, mais elle peut se constater également à la face et au membre inférieur. La mimique peut être moins vive, les mouvements des lèvres moins amples, l'excursion de la langue plus difficile. Au membre inférieur elle a parfois besoin d'être recherchée ; chez un de mes petits malades, isolément, les deux jambes étaient levées également bien, mais dans l'élévation simultanée, la jambe du côté parésié restait constamment au-dessous de l'autre. Chez un enfant, dont la chorée prédominait très nettement à droite, le peaucier se contractait un peu moins à droite qu'à gauche pendant l'abaissement énergique de la tête (signe du peaucier de Babinski).

C'est dans le côté où prédominent les mouvements choréiques que s'observent les phénomènes que je vais énumérer. Lorsque la chorée passe d'un côté à l'autre, le dernier côté est généralement moins pris ; on peut y observer cependant ces mêmes phénomènes, alors qu'ils ont disparu dans le côté le premier atteint.

Les troubles du tonus musculaire sont habituels et les plus constants ; ils sont caractérisés par l'*hypotonie.*

L'hypotonie est plus facile à constater au membre supérieur qu'au membre inférieur. Au membre supérieur, on peut ramener facilement la main au contact de l'épaule, après flexion du coude, comme chez les hémiplégiques (Babinski) ; de même on peut, plus rarement il est vrai, provoquer l'hyperextension de l'avant-bras sur le bras. Le coude, ramené derrière la tête, se rapproche davantage de l'attache du cou, l'épaule est souvent abaissée. Au membre inférieur, la cuisse étant pliée à angle droit sur le tronc, le talon est plus facilement ramené au contact de la fesse. L'hypotonie a été également signalée par Bonhœffer et par Hey.

L'*hypotonie prédomine dans certains muscles*, par exemple dans les supinateurs au membre supérieur. Le phénomène peut se manifester comme dans la manœuvre de Babinski, chez l'hémiplégique ; après avoir mis les avant-bras en flexion sur les bras, puis les bras et les mains en supination, les muscles

étant en résolution, on soulève brusquement les mains par une série de petits tapotements : la main du côté le plus atteint se met alors en pronation, tandis que l'autre reste en supination. Le phénomène de la pronation se produit encore quand on fait élever simultanément les deux bras : la main du côté le plus atteint est davantage en pronation ; ou bien encore quand les bras pendent ballants le long du corps, l'une des deux mains est plus en pronation que l'autre : elle présente sa face dorsale. La même attitude est quelquefois prise ou conservée pendant la marche.

Les syncinésies du membre supérieur ou mouvements associés se rencontrent presque constamment. Lorsque l'enfant serre très fort avec la main la moins prise, on observe un mouvement similaire très énergique de la main malade : l'inverse n'a pas lieu. Quelquefois le mouvement de flexion de la main est remplacé par un mouvement d'hyperextension ou par un redoublement des mouvements choréiques. On sait que ces syncinésies sont habituelles chez les hémiplégiques. De même, l'occlusion énergique de la main malade entraîne parfois du même côté un mouvement d'élévation de l'épaule, beaucoup plus fort que l'occlusion de la main saine sur l'épaule correspondante.

Troubles de la synergie, de la coordination. — Chez plusieurs malades, j'ai observé un peu de tremblement des membres, par exemple dans l'acte de porter le doigt sur le nez, ou le talon sur le genou ; ou bien, au lieu d'être continu, le mouvement est exécuté en plusieurs temps, avec des arrêts. Pour porter le doigt sur le bout du nez, deux malades commençaient par rapprocher le coude du tronc, l'avant-bras en flexion sur le bras, la main en extension sur l'avant-bras ; puis la main s'abaissait en flexion sur le poignet : il y avait décomposition du mouvement. Six fois j'ai constaté un signe particulier : pour prendre un verre, la main et les doigts se mettent d'abord en hyperextension ; pour le lâcher, il en est de même, l'extension est exagérée ; il y a un défaut de mesure, *de la dysmétrie* (1).

(1) J'ai eu récemment l'occasion d'observer le même phénomène chez un malade vraisemblablement atteint d'atrophie cérébelleuse, chez un malade atteint de maladie de Friedreich, enfin chez des malades atteints de diverses maladies organiques du système nerveux.

Pendant la marche, la jambe du côté le plus pris est souvent maladroite ; ce qui est plus remarquable, c'est que le bras du côté correspondant ne se projette pas en avant avec la jambe saine, tandis que l'inverse a lieu. M. Babinski a constaté un phénomène analogue chez les individus atteints d'hémiplégie légère ; mais alors il pouvait s'expliquer du fait même de la paralysie et de la diminution du tonus.

Chez tous les malades, j'ai constaté l'impossibilité d'exécuter des mouvements alternatifs à succession rapide *ou troubles de la diadococinésie* (signalés pour la première fois par M. Babinski chez des malades atteints de lésions cérébelleuses), alors même que les mouvements choréiques n'étaient pas suffisants par eux-mêmes pour rendre compte de ce trouble. Toutefois, les mouvements successifs paraissent plutôt inégaux, irréguliers, lents ; ils sont moins fréquemment caractérisés par un arrêt au changement de mouvement.

Je n'ai vu *la flexion combinée de la cuisse sur le bassin* que chez deux malades ; elle a été signalée plusieurs fois par M. Babinski. C'est un symptôme que le même auteur a mentionné dans l'hémiplégie organique.

Réflexes tendineux. — Ils sont rarement troublés ; chez un malade ils étaient abolis (réflexe patellaire et réflexe achilléen) d'un côté, mais il s'agissait d'un cas de transition entre la chorée banale et la chorée molle. Deux fois les réflexes tendineux étaient éxagérés d'un côté. Deux fois j'ai constaté un réflexe patellaire prolongé : après le choc du tendon rotulien, le genou restait quelques secondes en extension sur la cuisse ; le phénomène avait été signalé antérieurement par Weill (de Lyon), Gordon, Peacock et Esner. Ces auteurs ont remarqué en effet que « lorsqu'on recherche le réflexe patellaire, et que, par la percussion, la jambe a été projetée à une certaine distance, elle se raidit dans une contraction tonique assez prolongée, puis redescend lentement à la position normale ». (Hutinel et Babonneix).

Les *réflexes cutanés* peuvent être altérés. — Quatre fois le réflexe cutané plantaire se faisait en extension dorsale (*signe de Babinski*) ; une fois le signe d'Oppenheim existait, tandis que le signe de Babinski faisait défaut. — Le signe de Babinski

a été déjà mentionné une fois, par M. Charpentier, dans la chorée de Sydenham, et trois fois sur vingt-trois cas, par MM. Hutinel et Babonneix.

J'ai pratiqué la ponction lombaire et examiné le liquide céphalo-rachidien chez quatre malades : deux fois il existait une *lymphocytose*, moyenne ou discrète ; la lymphocytose a été trouvée plusieurs fois par Sicard et Babonneix chez les choréiques fébricitants : elle a été signalée récemment par Claude dans un cas de chorée persistante.

En résumé, chez les dix malades que j'ai eu l'occasion d'examiner, j'ai constaté des signes qui appartiennent à la symptomatologie des maladies organiques du système nerveux central et en particulier quelques-uns de ceux qui ont été décrits comme indiquant une perturbation du faisceau pyramidal, par M. Babinski (1). Toutefois, quelques-uns d'entre eux (diadococinésie, troubles de la synergie, dysmétrie, etc.), appartiennent tout autant à la symptomatologie des lésions localisées sur d'autres systèmes anatomiques que celui de la voie motrice corticale.

Ces signes de lésion organique n'existent pas au complet chez tous les choréiques ; chez quelques-uns on n'en trouve que deux ou trois ; le signe de Babinski peut être isolé. On peut supposer que dans certains cas ils manquent complètement : faudrait-il, à cause de leur absence, exclure l'hypothèse d'une lésion organique ? La chorée, en tant que symptôme de maladie organique, ne possède-t-elle pas des caractères qui lui soient propres ? J'ai eu l'impression, en examinant les premiers malades, que la chorée consiste essentiellement en des secousses clonico-toniques, plutôt qu'en des mouvements désordonnés : ces secousses surviennent brusquement, entraînent des déplacements moindres que la chorée hystérique ; elles prédominent d'un côté ; elles reviennent peut-être avec une moins grande fréquence, mais elles se fixent avec une certaine élection,

(1) J'ai examiné plus récemment avec MM. Jumentié et Chenet, internes des Hôpitaux qui en ont communiqué l'observation à la Société de Neurologie, à la séance du 1er juillet 1909, une enfant âgée de onze ans, atteinte de chorée de Sydenham, et présentant de l'hypotonie musculaire, des réflexes patellaires exagérés avec tendance à la trépidation épileptoïde, signe de Babinski net du côté droit, mouvements associés, troubles de la diadococinésie.

dans chaque cas particulier, sur tel muscle plutôt que sur tel autre, j'ajouterai même sur le membre supérieur et plus particulièrement sur les muscles de l'épaule.

En réalité, il existe chez les choréiques deux ordres de troubles kinétiques : 1° *des mouvements désordonnés, irréguliers, sans but, involontaires,* considérés comme les mouvements choréiques proprement dits : ces mouvements peuvent s'amender considérablement sous *l'influence du repos,* qui doit être tenu comme le meilleur moyen thérapeutique à mettre en œuvre contre la chorée, et aussi sous *l'influence de la volonté* ; on peut, en effet, les réfréner considérablement en commandant aux malades de se tenir tranquilles ; 2° *les secousses clonico-toniques,* auxquelles il a été fait allusion, quelques lignes plus haut ; elles ne paraissent pas modifiables par le repos et la volonté, mais elles déchaînent peut-être dans une certaine mesure les mouvements choréiques. Ce sont ces mouvements qui persistent quelquefois plusieurs années, comme chez les deux malades étudiés par M. Claude (1). « Il n'est pas rare, dit-il, d'observer chez des adolescents des états chroniques assez frustes, caractérisés par des secousses musculaires, des contractions isolées de tel ou tel muscle, qui persistent depuis plusieurs années, malgré tous les traitements, et qui constituent des faits distincts des tics et des agitations motrices névrotiques : dans un de ces cas, M. Claude a constaté une lymphocytose moyenne dans le liquide céphalo-rachidien. » *Les secousses clonico-toniques,* sur lesquelles j'ai attiré l'attention, me paraissent assez comparables aux décharges de l'épilepsie Jacksonienne, dont elles diffèrent par l'absence de répétition en série, par leur apparition à l'état isolé.

Il nous est impossible de préciser la nature et le siège de la lésion chez nos malades ; toutefois, la fréquence de la chorée uni latérale ou la prédominance sur un seul côté, soit seulement au début, soit pendant toute l'évolution, un certain degré de faiblesse dans le côté le plus atteint, la présence des petits signes décrits par M. Babinski chez les hémiplé-

(1) Société de Neurologie, 3 juin et 1er juillet 1909.

giques, sont plutot en faveur d'une lésion de la voie pyramidale ou de la zone corticale motrice, mais on ne saurait affirmer que ce soit là son siège exclusif. La coexistence de troubles psychiques, parmi lesquels l'irritabilité et le manque d'attention occupent le premier plan, comme dans la chorée chronique, peut être encore invoquée en faveur de la participation de l'écorce cérébrale.

La présence de signes, considérés par certains auteurs comme propres à la symptomatologie des légions cérébelleuses, peut s'expliquer soit par la concomitance d'altérations dans le cervelet ou ses dépendances, soit même par la localisation dans l'écorce cérébrale. Celle-ci est reliée à l'écorce cérébelleuse par l'intermédiaire du pédoncule cérébral, de l'étage antérieur de la protubérance et le pédoncule cérébelleux moyen, et il n'est pas illogique de supposer que des symptômes communs ou du même ordre puissent se rencontrer dans les lésions qui atteignent la voie cérébro-cérébelleuse sur un point quelconque de son trajet, que ce soit au point de départ ou au point terminus. Ces symptômes font ordinairement défaut dans les grosses lésions de l'écorce cérébrale, parce qu'ils sont masqués par l'hémiplégie concomitante.

Les lésions doivent être légères et facilement réparables, puisque dans la grande majorité des cas la chorée de Sydenham est bénigne et guérit. MM. Hutinel et Babonneix ont soutenu récemment la même opinion. D'après eux, la chorée peut être attribuée à des lésions légères, facilement réparables, de l'écorce rolandique, qui sont dues, le plus souvent, à l'action directe de microbes variés ou de leurs toxines. Les secousses musculaires persistantes observées par M. Claude chez quelques malades, et que j'ai eu moi-même l'occasion de constater, doivent être vraisemblablement attribuées à la persistance de quelques lésions anatomiques, à des cicatrices.

La chorée de Sydenham se rattache étiologiquement aux maladies infectieuses, parmi lesquelles le rhumatisme articulaire joue un rôle indiscutable. La théorie infectieuse de la chorée, à la suite des travaux de Leube et Triboulet, tend de plus en plus à se répandre.

Entre elle et les chorées généralisées, les chorées molles, les chorées aiguës mortelles, on peut observer tous les intermédiaires ; entre les cas extrêmes il existe des différences assez considérables ; entre tous les cas il y a un trait d'union : la présence de signes de lésion organique.

Pour conclure, nous dirons donc, en nous appuyant surtout sur les données de la clinique, que la chorée de Sydenham n'est pas une névrose, mais un symptôme d'encéphalite ou de méningo-encéphalite légère.

La chorée chronique ou de Huntington et la chorée de l'enfance ou de Sydenham ont beaucoup de caractères cliniques communs, et elles sont toutes les deux des maladies organiques, ou, si l'on préfère, des syndromes produits par des lésions organiques du système nerveux central ; mais elles diffèrent essentiellement par l'étiologie et par la marche de la maladie. La chorée de Huntington dépend avant tout de l'hérédité, et surtout du terrain (car il existe des cas de chorée chronique dans lesquels on ne retrouve pas l'hérédité similaire) ; c'est une maladie d'évolution. Dans la chorée de Sydenham, l'hérédité similaire, quelquefois signalée, n'est qu'accessoire : c'est, avant tout, un accident nerveux d'origine infectieuse.

M. A. Cullerre. — Si, comme l'expose l'excellent rapport de M. Sainton, des lésions diverses et variées rencontrées dans la chorée chronique se dégage *l'importance prédominante des lésions corticales,* on ne doit pas être surpris des troubles démentiels et psychopathiques rencontrés le plus souvent chez les malades atteints de cette affection. C'est pourquoi je demande à présenter brièvement les observations de cinq choréiques admis depuis un certain nombre d'années dans mon service pour cause d'aliénation mentale. Elles viendront grossir le nombre des faits similaires déjà publiés dont on pourra dégager quelque jour une description nosographique satisfaisante de la démence choréique. Quelque variée en effet que soit la symptomatologie psychopathologique de ce complexus, il s'y rencontre un certain nombre de traits constants qui mériteraient d'être mis en relief.

Observation I. — M..., Narcisse, vigneron, marié, quatre enfants, est pris à 52 ans de chorée qui, trois ans plus tard se complique de troubles mentaux ayant bientôt nécessité son placement à l'Asile d'aliénés où sa mère est morte antérieurement. Les notes qui concernent cette dernière disent ce qui suit : « atteinte de paralysie générale progressive avec affaiblissement des facultés. Pupille gauche plns dilatée que la droite, côté gauche plus faible ; marche en fauchant et avec peine... habitudes ébrieuses invétérées. Plusieurs membres et ascendants morts d'affections cérébrales. »

M... s'est toujours livré à la boisson ; il a en outre éprouvé de grands chagrins. On constate chez lui une chorée généralisée aux membres, au tronc, à la tête, à la face et même aux muscles de la respiration ; il fait entendre à chaque instant une sorte de grognement dû à la contraction spasmodique des muscles expirateurs. Le marche est chancelante, spasmodique, comme ébrieuse ; les jambes s'enchevêtrent parfois l'une dans l'autre. La sensibilité paraît très obtuse ; il est vrai que l'attention du malade est nulle. Le cœur ne révèle aucune lésion.

L'état mental est caractérisé par une démence avancée. La mémoire est très défectueuse ; il semble ne pas même se souvenir du nombre de ses enfants. Chez lui, il était dangereux, violent, faisait des menaces ; à l'Asile on constate une sorte d'excitation maniaque périodique avec exacerbation des mouvements choréiques et loquacité incompréhensible. Il réclame sans cesse du vin et manifeste *l'intention de se marier* ; ce sont les deux seules idées claires qu'il paraisse posséder et qu'il exprime continuellement.

Il succomba à une entérite chronique moins de deux ans après son admission.

En dehors des particularités communes à l'état mental des choréiques telles que la démence, l'irritabilité, la violence impulsive, nous trouvons chez ce malade les idées de mariage signalées par Huntington, coïncidant avec la déchéance physique la plus avancée.

Observation II. — F... Marie, femme V..., 60 ans, atteinte de chorée de Huntington depuis une époque que l'on ne peut fixer exactement, mais qui est d'au moins dix ans. Depuis huit ans, sous l'influence de chagrins de famille et de préoccupations

d'intérêt, elle présente des troubles mentaux qui se traduisent par de l'affaiblissement des facultés, des idées de persécution imaginaires et des crises d'agitation pendant lesquelles elle pleure, crie, brise, déchire ce qui lui tombe sous la main.

Sa mère a été atteinte également de chorée et de démence, mais avec moins d'agitation et de désordre des idées. La maladie a duré dix ans.

Une nièce, fille de son frère, âgée de 23 ans, commence à présenter des signes de chorée avec troubles intellectuels depuis dix-huit mois : « elle ne peut rester en place, touche à tout, déplace les objets, pleure à la moindre observation, a la manie d'acheter des objets de toilette de toute sorte, est toujours en mouvement. »

Madame V... n'a jamais fait de maladies graves, sauf une pneumonie. A son entrée, on constate une agitation choréique généralisée très intense : la tête exécute des mouvements incessants, de droite à gauche et inversement, ou s'incline sur l'épaule gauche ; les paupières s'ouvrent et se referment imperceptiblement, les lèvres sont tirées à droite, le bras gauche s'écarte du tronc, le front se plisse et se déplisse, la langue sort de la bouche et rentre aussitôt ; le tronc est porté tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. La marche est très embarrassée, les pieds se soulèvent spasmodiquement et retombent à la même place, sans avancer. Elle monte assez bien un escalier et porte un verre à sa bouche.

Sensibilité assez bien conservée ; intelligence très affaiblie, mémoire obtuse ; attention presque nulle. Elle pleurniche constamment et nous répète invariablement une petite histoire à peu près ainsi conçue : « Mon mari est malade ; il est paralysé ; il ne peut plus pisser ; il m'attend pour le réchauffer ; il viendra en voiture vous consulter ; il ne peut pas marcher ; il pleure ; s'il ne m'avait pas ! J'ai bien du chagrin ; il a une femme auprès de lui, etc... » La parole est très embarrassée ; l'émotivité est excessive ; l'excitation psychique et motrice présente des exacerbations périodiques assez vives. L'activité intellectuelle est très limitée ; la malade prend texte de tout ce qu'on lui dit, de tout ce qu'on lui demande pour se livrer à une fabulation monotone qu'elle répète à satiété et qu'elle adapte à toutes les circonstances. Lui demande-t-on si son oncle a la danse de Saint-Guy, elle commence aussitôt : « Mon oncle... il est paralysé ; il a une femme pour le soigner ; il n'est pas fort ; mon mari non plus n'est pas fort ; moi non plus je ne suis pas forte ; je suis atteinte comme ma mère, etc... » A la question : mange-t-elle seule? elle recommence son histoire : « Mon

mari ne mange pas seul ; je lui faisais la cuisine ; c'est difficile à faire la cuisine ; il est paralysé ; il faut que j'aille le soigner, je ne veux pas divorcer ; il viendra vous consulter, etc... »

Elle est indifférente au cours du temps et cite des dates au hasard, sans réfléchir. A la question : depuis quand êtes vous malade? elle répond : « Depuis cinq ans... huit ans... sept ans... On est en 1895, en 1894 ; je suis ici depuis huit jours, quatre jours, trois jours ».

Au bout de quelques mois, la malade qui présentait de la pollakiurie depuis son entrée devient gâteuse et on constate quelques signes de mal de Bright. Peu à peu elle est devenue tout à fait impotente, s'est œdématiée et après plusieurs crises d'urémie a succombé à l'œdème pulmonaire après deux ans de séjour à l'Asile. Peu de temps avant la mort, les mouvements choréiques avaient presque complètement disparu et la démence était devenue presque complète. Parfois la malade n'avait plus conscience de ce qui l'entourait, ne savait plus où elle était et demandait avec angoisse qu'on lui rappelât ses souvenirs.

Il s'agit ici d'un cas de chorée héréditaire similaire. On y constate la démence progressive habituelle et une sorte de délire de fabulation puéril et monotone qui semble entretenu par l'idée fixe de sortir de l'Etablissement.

Observation III. — R... François, 55 ans, cultivateur, marié, deux filles dont l'une à l'âge de trente ans est devenue aliénée. Le père est mort jeune, de maladie indéterminée ; la mère a succombé à soixante-douze ans aux progrès de l'âge.

R... est atteint de chorée chronique, qui n'a pas été diagnostiquée avant son entrée à l'Asile et dont, par conséquent, l'époque de début ne peut être exactement fixée, et de troubles mentaux qui ont débuté il y a cinq ans. Profondément déçu à propos d'un héritage sur lequel il comptait et qui ne lui procura que des mécomptes, il tomba dans une dépression hypocondriaque profonde, à la suite de laquelle se produisit une excitation progressive avec actes désordonnés et inconscients, sortant nu ou en chemise, allant la nuit réveiller les voisins, faisant continuellement du feu à pleine cheminée au risque d'allumer des incendies, entrant dans les maisons, se découvrant jusqu'aux aisselles devant tout le monde et se livrant n'importe où et devant tous à la

satisfaction de ses besoins naturels ; frappant souvent sa femme avec une grande violente et une satisfaction évidente.

Le certificat de vingt-quatre heures est ainsi conçu : « R... est atteint de chorée chronique compliquée de démence avec exc - tation maniaque, désordre des actes, impulsions automatiques d'un caractère dangereux. » Les mouvements choréiques sont généralisés, la parole presque incompréhensible, les facultés à peu près oblitérées. Le malade succombe au bout de treize mois à un érysipèle de la face.

L'état démentiel de ce malade, outre les paroxysmes d'irritabilité et de violence, rap pelle celui des déments organiques par ses actes à demi automatiques et son exhibitionnisme inconscient.

Observation IV. — Mar... Pierre, 43 ans, journalier, admis d'office à la suite d'actes de violences. Il y a douze ans, il fit une fièvre typhoïde accompagnée d'un violent délire. A la suite, se développa une maladie nerveuse qui se traduit par des mouvements choréiques soumis à des exacerbations périodiques et accompagnés d'excitation maniaque.

Les antécédents héréditaires sont très chargés : son père était un déséquilibré, une tête brûlée et passait pour fou dans le pays. Sa mère est morte en état de démence. Un frère de son père et un frère de sa mère ont été aliénés. Marié, il a eu cinq enfants. l'un est mort à vingt ans et un mois, de convulsions ; le plus jeune, âgé de 4 ans, est atteint de « crises nerveuses. »

Comme antécédents personnels, on signale qu'il buvait avec excès, surtout le dimanche.

Les renseignements de l'enquête déclarent qu'il est atteint, depuis plusieurs années, de crises d'agitation maniaque qui constituent pour son entourage et ses voisins un véritable danger. « L'état de folie n'est point permanent, ou du moins lorsque le malade jouit d'un calme relatif, elle est très atténuée, mais dans les moments d'excitation, qui se produisent en général tous les jours, elle devient facilement furieuse. Il faut alors essayer de calmer le malade car on craint toujours qu'il ne fasse un mauvais coup. Il lui arrive de menacer avec un couteau. Nous l'avons vu souvent frapper brutalement sa femme et ses enfants, menacer son beau-père. Il s'éloigne ensuite la mine basse, la figure mau-

vaise, évitant les passants, avec une gesticulation bizarre des bras et des jambes. »

Mar... est atteint de chorée chronique généralisée avec exacerbations périodiques ; la marche n'est pas trop embarrassée ; la parole est difficile à comprendre. L'intelligence est profondément obtuse, nous ne pouvons obtenir de lui aucune réponse sensée. Lorsqu'il s'agite, il se livre à une gesticulation énorme, l'air furieux, avec des cris au lieu de paroles. Les crises maniaques se renouvellent fréquemment et présentent une grande intensité. Au bout d'an an, Mar... succombe au délire aigu au cours d'une de ces crises maniaques.

Ce malade était un véritable maniaque dont l'agitation prenait des proportions telles qu'elle aboutit à une attaque de délire aigu mortelle.

Observation V. — C... Louis, 64 ans, propriétaire, marié, quatre filles, dont l'une morte de la variole ; les autres mariées, bien portantes.

Antécédents héréditaires très chargés : un frère aliéné ; un oncle maternel épileptique ; un cousin germain et deux cousines germaines aliénées. Il a eu la variole et la fièvre typhoïde ; il ne fait pas d'excès alcooliques.

D'après la famille, la maladie actuelle remonterait à trois mois seulement et aurait débuté sans cause apparente par une impossibilité de se servir convenablement de ses membres et une agitation avec désordre des idées, de l'incohérence, des hallucinations, des tendances à la fuite et des actes de violences vis à vis de son entourage.

L'examen direct révèle un état de démence avec agitation maniaque continue, un affaiblissement considérable de l'intelligence, une oblitération de la mémoire, des actes automatiques, un délire incohérent de nature ambitieuse. En même temps on constate une chorée qui, lorsqu'il est calme, se traduit par quelques mouvements spasmodiques de la tête, de la mâchoire, des mains et des bras. Lorsqu'on le fait parler et qu'il s'excite, les mouvements augmentent d'amplitude et de fréquence ; les bras décrivent de grands gestes, les épaules, le tronc, la tête s'agitent ; les contractions désordonnées de la face et de la langue rendent la parole bégayante et difficilement intelligible.

Pendant son séjour à l'Asile, qui s'est prolongé près de trois ans,

il a présenté périodiquement des crises délirantes ayant un double aspect : le jour il manifeste des idées incohérentes de voyages, d'entreprises, de projets grandioses. Dès qu'arrive le soir, il est la proie d'hallucinations terrifiantes, distingue des vipères sous son lit, craint d'être mordu, voit des animaux effrayants, des incendies, est pris de terreur panophobique, pousse des cris, exécute des mouvements de défense et de fuite, s'imagine que quelque chose se jette sur lui pour l'étouffer, etc... L'accès délirant dure de deux à trois jours et se renouvelle tous les quinze jours, toutes les trois semaines ou seulement tous les mois. Parfois, on découvre une teinte de persécution dans le délire, le malade parle de ses intérêts, de ses propriétés, de ses bœufs, de ses charrettes, qu'il s'imagine avoir été vendus sans son consentement.

Au bout d'un an, l'état délirant devient à peu près continu, ce qui coïncide avec le développement d'une néphrite. Le malade fait un véritable délire de confusion mentale, se croit dans son domaine, reconnaît à travers la fenêtre tous les objets qui lui sont familiers. Dans ses paroles incohérentes on distingue des idées érotiques et surtout des idées de persécution, s'imaginant qu'on a vendu ses biens et son bétail sans son consentement. Il a toujours la nuit des hallucinations terrifiantes, voit des gens armés de fusils qui viennent pour le tuer, a peur d'incendies, etc... Il présente une sorte d'écholalie, répétant les derniers mots ou les dernières syllabes des paroles qu'on lui adresse. L'état choréique persiste avec intensité.

Il succombe dans le marasme à des complications urémiques.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est la forme du délire que caractérisent des hallucinations visuelles intenses et un polymorphisme qui va de l'idée de persécution à l'idée de satisfaction et à l'érotisme. A la fin, sous l'influence de l'intoxication urémique, on assiste à une véritable crise de confusion mentale hallucinatoire.

Bien que peu développées en ce qui concerne les réactions psychiques des malades dont plusieurs sont des paysans frustes et obtus, ces observations nous donnent cependant un échantillon de presque toutes les modalités psychopathiques signalées par les auteurs dans la chorée chronique, ce qui peut être attribué en partie à l'hérédité névropsychique qui sévit avec intensité chez tous ces malades, à part celle

de la deuxième observation qui seule présente l'hérédité choréique similaire de Huntington.

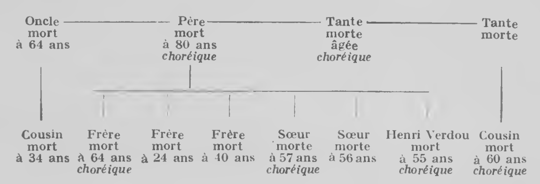
M. E. Long. — La chorée de Huntington, maladie évoluant lentement et progressivement sur un terrain préparé par l'hérédité, est une forme clinique très particulière, et il faut ajouter qu'elle est rare. Bien que la description du médecin de Long-Island ait vivement attiré l'attention du corps médical, le nombre des cas authentiques publiés est relativement restreint, car bien des chorées chroniques étudiées dans les asiles d'aliénés ou les hospices de vieillards ne sont vraisemblablement que des syndromes choréiformes, unilatéraux ou bilatéraux, symptomatiques de lésions cérébrales plus ou moins localisées.

Dans le service de médecine de l'Hôpital cantonal de Genève (Prof. Bard), nous n'avons eu depuis dix ans qu'un exemple de chorée chronique de Huntington. Je donne, en la résumant brièvement, cette observation encore inédite, parce qu'elle est intéressante à plusieurs points de vue.

Il s'agit d'un homme, Henri Verd..., qui, lors de son premier séjour à l'hôpital, à l'âge de 51 ans, était atteint depuis deux ans seulement de mouvements choréiques. Ceux-ci avaient débuté lentement, insidieusement, dans les membres inférieurs, puis s'étaient étendus aux membres supérieurs, au tronc et à la tête ; d'abord intermittents, ils étaient devenus presque incessants à l'état de repos (sauf pendant le sommeil), tandis qu'ils étaient encore maîtrisés en partie dans la marche et dans les mouvements intentionnels des membres supérieurs. Il n'y avait ni modification des réflexes tendineux, ni troubles de la sensibilité, ni troubles sphinctériens. On notait d'autre part un certain degré de dépression mentale, d'indifférence, sans affaiblissement de la mémoire ni de l'intelligence ; parfois, au contraire, le malade était un peu agité. (Il faut ajouter que chez lui l'alcoolisme, quoique modéré, était certain). En outre, il souffrait d'insomnies fréquentes, rebelles à toute médication hypnotique. Après plusieurs séjours à l'hôpital, de 1897 à 1901, au cours desquels on observa une aggravation constante et régulière des mouvements choréiques, ce malade

fut perdu de vue pendant deux ans, puis de nouveau admis, porteur d'une tuberculose pulmonaire avancée ; à ce moment-là, les mouvements choréiques s'étaient encore accentués et contrastaient avec l'état de faiblesse générale dû à la tuberculose ; il fut repris par sa famille quelques jours avant sa mort.

Pendant ces périodes d'observations à l'hôpital, sur ses indications et celles de ses proches, on avait pu établir un tableau généalogique de la famille, démontrant la nature héréditaire de cette chorée.



Il semble, à première lecture, qu'une notable partie de cette famille ait échappé à la chorée héréditaire, mais en réalité il faut défalquer de ce tableau ceux qui sont morts avant d'avoir atteint la cinquantaine. Les renseignements recueillis ont, en effet, bien établi que, comme notre malade, les père, tante, cousin, frère et sœur choréiques ont commencé à « être agités » vers l'âge de cinquante ans ; il n'y a eu d'indemnes, passé cet âge, qu'un oncle mort à 64 ans, une tante morte à un âge indéterminé et une sœur morte à 56 ans. Quant à la troisième génération (1), celle qui vit actuellement, je ne l'ai pas reportée sur le tableau généalogique ; elle se compose des sept enfants d'Henri Verd..., échelonnés de 42 à 21 ans, et de six neveux et nièces appartenant à trois familles différentes ; un seul est âgé de 51 ans, les autres sont aux environs de la quarantaine. Aucun cas de chorée ne s'est encore manifesté parmi eux, mais il y a lieu de faire des réserves pour l'avenir, car on trouve dans cette famille, pendant deux générations déjà, un exemple très frappant de début homochrone. Ce mode

(1) Mon confrère et ami, le Dr Roch, qui connaissait une partie de cette famille, a eu l'amabilité de me fournir après une enquête toute récente des renseignements sur l'état des survivants.

de début est fréquent, on le sait, non seulement pour la chorée de Huntington, mais encore pour les autres maladies dites familiales ou d'évolution (maladie de Friedreich, paraplégie spasmodique familiale, atrophies musculaires progressives, myopathiques ou névritiques, etc.). C'est un des principaux arguments qui font la preuve de la nature idiopathique de ces maladies ; elles se développent et évoluent en dehors de toute cause éxogène, infectieuse ou traumatique. Aussi faut-il attribuer à la chorée de Huntington une place très particulière au milieu des autres chorées chroniques.

Une autre remarque fut faite à propos de la famille Verd... ; les troubles mentaux, aussi bien chez notre malade que chez ses proches, n'avaient pas un caractère de gravité. Les renseignements pris sur leur compte les représentent à peine comme des déséquilibrés ; aucun d'eux n'a échoué à l'asile ; il ne semble même pas qu'ils aient eu une période terminale de démence. En somme, chez ces sujets, un peu tarés au point de vue mental, la chorée de Huntington n'a pas provoqué l'éclosion de nouveaux phénomènes psychopathiques ; ils sont restés ce qu'ils étaient auparavant. Je me rappelle, à ce propos, qu'un homme atteint de chorée chronique familiale que j'eus l'occasion d'observer à l'Hospice de Bicêtre, dans le service de mon maître, M. le professeur Déjerine, ne présentait après trente années de maladie qu'un léger affaiblissement des facultés intellectuelles, et encore était-ce uniquement l'aggravation des mouvements choréiques qui l'avait obligé à interrompre son travail, jusque là régulier.

A côté des troubles mentaux divers que l'on a associés, avec raison, à la maladie de Huntington, on peut observer, nous ne devons pas l'oublier, l'intégrité ou la conservation relative des facultés intellectuelles.

M. Dupré (de Paris) estime qu'il n'y a pas nécessairement lésion organique dans toutes les chorées. Il a vu des cas de chorée chronique survenir à la suite d'une émotion. Remarquant que, dans l'hérédité des sujets, on rencontre non seulement des choréiques, mais aussi des tics, des myoclonies, de l'épilepsie, il se demande si tous ces cas n'appartiennent pas

à une même famille de troubles moteurs, dus tous à une insuffisance de l'inhibition musculaire.

M. Crocq (de Bruxelles). — M. Thomas me paraît confondre les termes lésions organiques et perturbation du faisceau pyramidal. Les signes qu'il indique peuvent parfaitement provenir de perturbations momentanées dans les fonctions du faisceau pyramidal. Pour ma part, je ne puis admettre que la chorée de Sydenham soit due à des lésions organiques ; il me paraît anticlinique d'admettre qu'une affection aussi bénigne, qui guérit spontanément provoque des lésions anatomiques ; il s'agit plutôt de perturbations toxi-infectieuses sans substratum anatomique précis.

M. Henry Meige (de Paris). — Les intéressantes cinématographies de M. Sainton permettent d'apprécier nettement dans la chorée chronique un trouble moteur qui échappe souvent à l'examen direct. On constate, en effet, que dans l'intervalle des mouvements désordonnés exécutés par les malades, les membres sont dans un état de flaccidité absolue ; autrement dit, le désordre moteur est constitué par des alternatives de relâchement musculaire excessif et de brusques contractions. Le sujet atteint de chorée chronique est donc, à de très brefs intervalles, tantôt un paralytique, tantôt un convulsif. On a d'ailleurs décrit une chorée molle, et M. Thomas a tout récemment insisté sur les phénomènes hypotoniques dans la chorée de Sydenham.

Chorée et Troubles mentaux héréditaires

par le docteur Robert Mabille.

D..., Ernest, 34 ans, entre à l'Asile de Lafond le 16 janvier 1907.

Antécédents héréditaires : « Son grand-père et son père, ainsi qu'une tante étaient atteints de chorée et *avaient des crises d'agitation qui les rendaient dangereux pour leur entourage.* » (Renseignements du médecin).

Antécédents personnels : Dégénérescence physique. Asymétrie crânienne.

Histoire de la maladie : Après une enfance très maladive, D... put, jusqu'à l'âge de trente ans, mener une existence à peu près normale. Enfant, il peut aller à l'école où, doué d'une intelligence ordinaire, il apprit à lire et à écrire. Plus tard, il apprit le métier de boulanger, qu'il a pu exercer jusqu'à l'âge de trente ans. A ce moment apparurent des mouvements choréiformes qui, ayant fait rapidement des progrès très sensibles, le mirent dans l'impossibilité de se livrer au moindre travail.

Le 16 janvier 1907, il est transféré de la prison de Marennes à l'Asile, aux fins d'examen mental, étant accusé d'avoir mis le feu à un pailler. Il prétend l'avoir mis par mégarde en allumant une cigarette. A son arrivée à l'Asile, il se montre plutôt calme, mais d'un caractere assez difficile. Il est malpropre, crache partout. Il accepte mal les observations qui lui sont faites et s'irrite facilement. Les facultés intellectuelles sont à ce moment assez bien conservées. Dans l'intervalle de ces deux années, le malade a été surtout impulsif et violent.

ETAT ACTUEL. JUILLET 1909

Troubles psychiques : Ce qui domine chez ce malade, c'est une irritabilité exagérée. Il s'emporte à tout propos, ne peut supporter la moindre observation. Il est insolent, grossier, brutalise les malades inoffensifs, qu'il frappe généralement à coups de pieds. La mémoire paraît très affaiblie. D... a oublié son âge. Il prétend avoir actuellement 33 ans et être né le 23 janvier 1874, alors qu'il est né le 25 octobre 1872. Sait bien qu'il est à l'Asile de Lafond, où on l'a placé pour le guérir de sa chorée, mais ne sait pas depuis quand il y est et croit être entré le 23 janvier de l'année dernière.

Lecture : normale.

Ecriture : illisible, hachée en raison des mouvements choréiques.

Calcul : 3 + 4 = 7
20 + 25 = 45
20 — 5 = 15
14 — 2 = 12

Il fait ces opérations après une assez longue réflexion.

L'attention est encore assez bonne et le malade répond assez bien aux questions que nous lui posons.

Le sommeil est généralement bon et n'est pas troublé par des hallucinations de la vue ou de l'ouïe. Il est quelquefois interrompu par des crises d'oppression qui le forcent à se lever.

On ne trouve pas chez D... des idées de persécution nettes. Il dit que ses deux frères sont morts empoisonnés, que sa mère les battait. Lui, aurait vécu chez son grand-père depuis sa plus tendre enfance. Ne se plaint pas de lui, ni de ses parents, qu'il prétend avoir pleurés.

Pas d'idées de jalousie, ni de grandeur, ni mystiques, ni de suicide.

Examen somatique. L'état général est bon. La tête est forte, légèrement asymétrique. Les oreilles sont bien ourlées, mais le pavillon est très profondément excavé. Le front est bas. La voûte du palais est normale.

Ce qui frappe à première vue chez cet homme, ce sont les mouvements continuels dont il est animé.

Etant assis, il croise toujours la jambe gauche sur la droite et les bras croisés, il se tient courbé en avant. L'épaule droite se soulève d'abord, puis la gauche, le thorax et enfin toute la partie supérieure du corps. Ces mouvements ne sont pas brusques, mais assez rapides et presque continuels.

Des mouvements d'extension, de flexion et de latéralité se produisent aussi au niveau de l'articulation du poignet ; ils sont lents et de peu d'amplitude. On retrouve ce caractère dans les mouvements des doigts, surtout au niveau du pouce et de l'index de chaque main. A aucun moment, ces mouvements ne prennent l'apparence de ceux qu'on observe dans l'athétose. Ils ne paraissent pas augmentés par les émotions. Pendant les mouvements commandés, tels que de porter la main droite à la bouche, l'épaule reste immobilisée durant une ou deux secondes, mais bientôt les mouvements réapparaissent. On note généralement peu de secousses à la partie inférieure du corps, à partir de la ceinture, cependant le pied gauche se lève par intervalles égaux ou à peu près, ainsi que la jambe, lorsque la jambe gauche est croisée sur la droite. Il en est de

même pour le pied et la jambe droites lorsqu'ils sont croisés sur la gauche. La démarche est nettement ébrieuse. Le malade se porte toujours du côté droit et marche en baissant constamment le tronc. Les jambes se croisent à chaque pas, cependant la stabilité de D... est assez bonne et nous ne l'avons jamais vu perdre complètement l'équilibre. La force musculaire est très diminuée.

Le diaphragme étant aussi animé de mouvements choréiques, la respiration est irrégulière et bruyante.

A la face, on ne remarque que peu de mouvements. Les muscles des lèvres ne sont que très rarement remués lorsque la bouche est fermée. Lorsque le malade ouvre la bouche, les lèvres remuent davantage et la tête est portée et inclinée sur le côté droit, en raison de la contraction du sterno-cleido-mastoïdien et du trapèze droit. La langue est projetée et animée d'un mouvement de trombone. Lorsqu'il ne se produit aucun spasme dans les muscles de la face, le visage est absolument inexpressif et inerte. Mais il se produit fréquemment des contractions dans les muscles droit supérieur et frontal. Le visage prend alors une sorte d'attitude extatique qui cesse bientôt pour faire place à des grimaces variées dues surtout à la contraction de l'orbiculaire, des lèvres et du zygomatique.

On note aussi un clignement continuel des paupières, mais pas de secousses nystagniformes.

Les autres muscles de la face paraissent intacts.

La parole est nasonnée et à certains moments tellement embarrassée qu'il est impossible de comprendre ce que dit le malade.

Examen des sensibilités. La sensibilité cutanée est conservée au contact ainsi qu'à la température sur toutes les parties du corps. Elle est conservée aussi à la piqûre.

Sensibilités profondes

Oculaire		
Trachéale		
Pharyngienne	}	conservées.
Epigastrique		
Testiculaire		

Musculaire
Osseuse
Tendineuse
Nerveuse (cubital)
} conservées.

Le sens stéréognostique est conservé.

Examen des réflexes

Pupillaires { Lumière, Distance, Convergence } conservés.

Pharyngien : conservé.

Abdominaux { supérieur, inférieur } normaux.

Crémastériens : vifs des deux côtés.

Rotuliens : très vifs.

Achilléens : très vifs.

Plantaires : 1° au chatouillement : normaux.
2° au grattage : normaux et peuvent être établis suivant la formule .

PC > PT > PD (1)

Pas de Babinski.

Pas de trépidation épileptoïde.

Organes des sens.

Vision : normale:.

Champ visuel : normal.

Audition
Odorat
Goût
Génitaux
} normaux.

Les différents appareils : respiratoire, circulatoire, digestif, génito-urinaires n'offrent rien de particulier à signaler.

D... est bien un malade atteint de *chorée héréditaire*. Après une jeunesse maladive, il a pu, jusqu'à l'âge de trente ans, exercer la pénible profession de boulanger. A cette époque seulement apparurent des mouvements choréiformes qui s'ag-

(1) PC = Planti curial.
PT = Planti tibial.
PD = Planti digital.

gravèrent très rapidement et au bout de peu de temps le mirent dans l'impossibilité absolue de travailler.

Interné à l'Asile de Lafond en 1907, après avoir incendié un pailler, D... est actuellement un affaibli intellectuel qui sombrera peut-être bientôt dans un état démentiel.

Mais ce qui résulte surtout de cette observation et ce qui en fait en quelque sorte l'importance, c'est que D... a des tendances impulsives et que, ainsi que nous l'avons noté, son grand-père, son père et une de ses tantes, tous atteints de chorée, avaient des tendances violentes et à un moment donné étaient devenus dangereux pour leurs semblables.

Cela revient à dire, ainsi du reste que le rapporteur l'a si bien indiqué dans son mémoire, qu'il convient de faire une part plus grande aux troubles psychiques chez les choréiques héréditaires et de ne pas étudier exclusivement les troubles moteurs auxquels sont liés le plus souvent des troubles mentaux évidents.

Et dans l'espèce, l'hérédité me paraît s'être manifestée chez les divers membres de cette famille aussi bien par des troubles moteurs que par des troubles psychiques.

M. Sainton, *rapporteur*. — Je voudrais simplement ajouter quelques mots, puisque nous sommes tous d'accord sur les points essentiels. M. Anglade a rapporté une observation du plus haut intérêt pour l'histoire de la chorée chronique. Je ne sais cependant pas pourquoi il ne veut faire rentrer dans ce cadre que les cas qui débutent vers 35 ans ; dans les observations les plus authentiques de chorée héréditaire, les sujets sont pris à des âges très avancés, on a signalé des cas qui ont débuté après 60 ans. Il admet comme cas idéaux ceux qui, débutant vers 35 ans, sont familiaux et durent peu de temps. Or, la chorée est une maladie lente, dont on ne meurt pas ; j'ai voulu faire une classe à part des cas familiaux et des cas isolés, mais j'ai trouvé entre les deux une telle identité de lésion qu'il m'a fallu les réunir dans le même chapitre d'anatomie pathologique.

J'ai été frappé du nombre des cas dans lesquels les malades ont succombé à un processus méningo-encéphalique hémorra-

gique ; c'est dans ces cas, et celui de M. Anglade doit y être rangé, que l'on trouve de l'infiltration interstitielle analogue à celle qu'il a signalée. D'ailleurs, cette infiltration, quand elle existe, se montre le plus souvent à la fois dans les noyaux gris et dans la substance corticale.

M. Anglade veut bien admettre que dans son cas la lésion de la couche optique touche au faisceau pyramidal qui est certainement atteint, il confirme ainsi la conclusion dernière de mon rapport, dans lequel j'admets que les mouvements choréiques dépendent d'un trouble dans le fonctionnement du système pyramidal, qu'il s'agisse d'une lésion de la « cellule cérébrale ou de ses dépendances physiologiques. »

Il est vraisemblable, en effet, que des lésions de nature différente et siégeant en un point divers du trajet donnent lieu à des conséquences pathologiques identiques : peu importe que la lésion soit cellulaire, fasciulaire ou peut-être interstitielle, que le conducteur lui-même, que ses enveloppes, que les producteurs d'énergie soient atteints, le résultat sera le même, et c'est vouloir être trop simpliste que d'admettre une cause choréigène unique.

Je concède volontiers à M. Cruchet qu'il peut y avoir des mouvements ryhtmiques qui ne soient pas de nature hystérique. Sur une analogie extérieure, M. Cruchet se demande si les secousses localisées à la tête ne peuvent pas être d'origine choréique : je crois qu'il y a danger, tout au moins actuellement, à rattacher ces cas mal connus à la chorée chronique. M. Cruchet parlant d'observations de chorées où il y a des symptômes spasmodiques, elles doivent être définitivement écartées et rentrent dans le cadre de l'athétose.

MM. Ballet et Laignel-Lavastine rapportent un cas qui est la confirmation absolue de notre travail sur l'origine méningo-encéphalique du processus. L'observation de M. Vigouroux est unique; il ne nous répugne d'admettre qu'en raison des synergies fonctionnelles cortico-cérébelleuses une lésion des olives puisse donner lieu au syndrôme de la chorée chronique.

M. Dupré signale le rôle de l'émotion dans la chorée et le polymorphisme des mouvements anormaux chez le même individu ; j'ai eu l'occasion d'en observer, il y a quelques jours,

un exemple bien net. Un malade âgé de 23 ans entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Lacombe, avec des mouvements choréiques prédominant du côté gauche ; ces mouvements ont apparu 12 heures après une émotion (chute d'un camarade du haut d'un toit). Or, ce malade ne présente aucun stigmate précis d'hystérie. Son observation ressemble au cas de M. Dupré et de Mme Long-Landry que nous avons signalé. Il est à noter que, dans la famille, le sujet a eu un frère atteint de chorée, et que lui-même a un tic très caractérisé de la lèvre supérieure ; il est permis de se demander si, dans ce cas, sous l'influence de l'émotion et sous l'influence de la névrose traumatique, le malade n'a pas, par un phénomène d'imitation inconscient, reproduit les mouvements choréiques dont il avait été jadis le témoin dans son entourage.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Destruction du cervelet sans symptômes cérébelleux, par MM. Rousset, médecin en chef de l'Asile départemental d'aliénés du Rhône, et Giraud, chef de laboratoire à la Faculté, interne des Asiles.

Assez nombreux sont les cas d'altération ou de destruction du cervelet sans symptômes cérébelleux : Andral, dans ses leçons cliniques, cite le cas d'un garçon de 10 ans dont l'hémisphère cérébelleux gauche renfermait quatre noyaux tuberculeux : il n'y avait aucun symptôme.

Nothnagel (Topische Diagnostik der Gehirnskrankheiten, Berlin, 1879), cite un fait analogue ; Ebstein (Virchows Archiv), a signalé un ostéome qui avait 15 m/m, n'ayant causé aucun trouble.

Macdonald signale un cas de tumeur sans aucun signe. Plus rares sont les cas de destruction sans manifestations. Thomas, dans sa thèse, parle d'individus ayant présenté de la sclérose d'un hémisphère cérébelleux sans extériorisation.

Mais le plus beau cas est sans contredit celui de Schupfer où il s'agissait d'un vaste foyer tuberculeux ayant détruit presque complètement l'hémisphère gauche du cervelet et en partie l'hémisphère droit, sans rien de cérébelleux dans les manifestations cliniques. Notre cas est absolument superposable.

Le nommé X..., 45 ans, tuilier, est admis à l'Asile de Bron le 28 mai 1890, présentant du délire maniaque caractérisé par des accès d'agitation pendant lesquels, d'après le certifcat de 24 heures de M. le Dr Max Simon, médecin en chef, il se montre extrêmement violent et agressif. Quelques jours après son entrée, il est plus calme ; on observe alors de l'affaiblissement intellectuel, quelques troubles moteurs, particulièrement un peu de difficulté dans l'articulation des mots. Après un laps de temps de 18 mois, les phénomèmes moteurs disparaissent peu à peu. Il reste toujours affaibli intellectuellement, et manifeste principalement des hallucinations de la vue et de l'ouïe. L'agitation reparaît par périodes pendant lesquelles le malade gesticule, vocifère, insulte des personnes imaginaires. La démence s'accentue progressivement ; et, tout en étant absolument incohérent et surexcité d'une façon intermittente, il est bon travailleur et s'occupe assidûment aux travaux de propreté de la division. La veille de sa mort, le 6 janvier 1909, il jouait aux cartes avec un de ses camarades ; le lendemain, au réveil, l'infirmier le trouvait mort dans son lit.

A aucun moment, durant un séjour de 18 ans à l'asile, en dehors des symptômes de méningo-encéphalite observés pendant un an et demi après son admission, ce malade n'avait présenté de troubles cérébelleux (troubles de la fonction d'équilibration, vertiges), ni aucun trouble locomoteur.

A l'autopsie, grande hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire. Le cervelet droit est détruit aux deux tiers. Il s'agit d'un ancien foyer de ramollissement. Les préparations microscopiques (fuchsine, bleu, picro-carmin) mettent hors de doute ce vieux foyer de ramollissement, et c'est tout entières les lésions cérébelleuses des déments décrites au laboratoire par MM. Taty et Bridier.

Nous signalons sans commentaires ce cas de lésion vaste

du cervelet sans aucun symptôme clinique, laissant à d'autres le soin d'en élucider le mécanisme.

Flocculus et vision, par MM. GIRAUD, chef de laboratoire à la Faculté, interne des Asiles, et GENTY, préparateur à la Faculté.

Continuant, au Laboratoire de Médecine mentale de Lyon les recherches faites sur le cervelet (Thèse de Bridier 1903 : Essai sur l'anatomie pathologique des démences. — Communication de Taty et Jeanty sur les lésions du cervelet chez les paralytiques généraux, Congrès de Bruxelles, 1903. — Thèse de Jeanty : Lésions du cervelet chez les paralytiques généraux, les idiots et dans les encéphalo-méningites aiguës, 1903)· MM. Taty et Giraud, au Congrès de Pau 1905, faisant l'anatomie pathologique de l'idiotie en dehors des altérations cérébrales et cérébelleuses, avaient signalé avec coupes à l'appui les lésions macroscopiques et microscopiques du flocculus chez une idiote aveugle née. Ces lésions parallèles de celles du obe occipital, confirmaient les expériences du Dr Dor qui avait constaté l'atrophie du flocculus après énucléation chez le lapin. L'un de nous, reprenant la question au Congrès de Rennes, avait constaté pour un cas nouveau et absolument superposable, la même atrophie du flocculus chez une idiote aveugle née.

Cette année, chez un idiot du même âge, mort dans le service du Pr Pierret, sans avoir jamais rien présenté du côté de l'appareil visuel, nous avons examiné le flocculus et le cervelet, pensant trouver une confirmation de nos idées dans l'intégrité du flocculus. Macroscopiquement et microscopiquement, il était indemne ; au voisinage cérébelleux immédiat, on notait les altérations déjà signalées dans nos précédentes communications : atrophie et raréfaction des cellules et des grains, surtout marquées pour les cellules de Purkinje angulaires et pâles, à noyau rétracté.

Ces etudes en appellent d'autres. Nous n'avons d'autre prétention que de signaler les faits et marquer l'étape.

Suites éloignées de la Reéducation motrice dans le traitement des maladies organiques de la moelle,

par Maurice FAURE.

Nous avons, à plusieurs reprises, étudié les résultats obtenus dans le traitement des troubles moteurs consécutifs aux lésions du système nerveux, par des techniques mécaniques appropriées, dites « de rééducation motrice ». Dans certains cas, ces résultats peuvent aller jusqu'à la restauration intégrale des fonctions motrices. L'on s'est demandé, justement, si de tels avantages thérapeutiques étaient bien stables, et ce qu'il advenait des malades plus ou moins complètement réparés par la rééducation. Pour répondre à cette question, il fallait nécessairement laisser passer quelques années et revoir les sujets anciennement traités, ayant eu les meilleurs résultats.

Nous avons pris comme exemple des cas de tabès et de paraplégie, parce que ce sont ceux dans lesquels nos techniques sont les plus précises et les plus sûres. On sait que la première technique de traitement de l'ataxie a été indiquée par Frenkel, de 1890 à 1896 ; — que celle dont nous nous servons pour la même affection a été réglée par nous de 1896 à 1902 ; — enfin, que le traitement des paraplégies a été institué par nous à l'aide d'une troisième technique, de 1903 à 1905.

Nous avons pu réunir 25 malades anciens, réalisant les conditions demandées.

§ I. — Une première série comprend quatorze observations de tabétiques classiques, qui peuvent être considérés comme des exemples de traitement et de résultat complet. — Parmi eux, onze n'avaient que des troubles légers de la coordination, de l'instabilité, de la difficulté de la marche sur les terrains, accidentés, ou dans l'obscurité. — Mais trois avaient des accidents très étendus et très intenses. Ils ne pouvaient marcher, ni se tenir debout. L'un ne quittait pas son lit ; il ne pouvait

ni s'y asseoir, ni manger. Un autre avait une telle atonie, que certaines articulations ballotaient au point qu'elles avaient paru détruites. — Enfin, plusieurs malades de cette série avaient des incontinences et des rétentions, même accentuées, des urines et des matières.

Tous les malades de cette première série ont été guéris cliniquement de leurs troubles moteurs. — Les onze premiers ne peuvent plus être reconnus aujourd'hui pour des ataxiques. Deux sont des officiers qui remplissent toutes les conditions de leur service. Sept exercent les professions de journalistes, voyageurs de commerce, avoué, propriétaire, inspecteur d'assurance, etc., sans apporter aucune modification à leurs obligations ordinaires. Deux sont des femmes, dont l'une est jeune et mondaine.

Parmi les trois impotents, l'un est mort d'aortite, trois ans après la guérison de son incoordination. Un autre a garde une légère diplopie, et il est obligé, pour écrire, de prendre un crayon ou un gros stylet, parce que la plume roule entre ses doigts. Mais après une deuxième cure actuelle (la première, six ans auparavant, ayant été trop courte,) ces troubles sont en voie d'amélioration et semblent devoir disparaître. — Le troisième n'a conservé qu'une légère boîterie, due à la persistance des déformations osseuses des genoux et des hanches, mais les troubles de la coordination sont complètement guéris

Ce n'est que par la persistance de l'abolition des réflexes et des troubles sensitifs, que l'on peut reconnaître des tabétiques dans les malades de cette série, à l'exception des deux dernières observations. Les troubles de la miction et de la défécation sont disparus, un peu moins complètement toutefois que les troubles de la coordination des mouvements des membres.

§ II. — Dans une deuxième série, nous rangerons six tabétiques qui, pour des circonstances diverses, ont dû interrompre leur traitement avant d'être arrivés à une restauration complète. — Deux étaient des ataxiques ordinaires avec incoordination très apparente. Ils n'ont plus que quelques troubles moteurs peu apparents. — Deux étaient dans l'impossibilité complète de marcher et de se tenir debout. L'un marche aujourd'hui assez correctement, librement et sans canne, et

son ataxie ne se révèle qu'à l'occasion de mouvements inattendus, de l'obscurité, etc. L'autre, qui ne pouvait même pas se tenir assis, marche aujourd'hui avec des cannes, mais sa démarche est restée nettement ataxique. — Un malade, qui était complètement impotent, a retrouvé en grande partie sa coordination, mais il est devenu aveugle. Malgré son amaurose, il a presque conservé les progrès acquis, mais a abandonné son traitement. Il marche au bras de quelqu'un. — Enfin, un des malades, le plus gravement atteint parmi ceux que j'ai eu à soigner, présentant des signes de myélite complexe, avec une ataxie intense et des atrophies musculaires qui faisaient de lui un véritable paraplégique jusqu'à la hauteur des seins, a récupéré la presque totalité de ses mouvements, mais a conservé des atrophies et des atonies diverses, qui l'obligent à se servir d'une canne, à marcher lentement et avec quelques précautions.

§ III. — Dans une troisième série, nous rangerons les paraplégiques. — Deux étaient atteints de paraplégie spasmodique pure et intense par méningo-myélite, l'une syphilitique, l'autre de cause inconnue. Le premier est complètement guéri. Le deuxième a conservé une légère spasmodicité que l'on ne peut apercevoir que dans la course ou dans les terrains accidentés. — Deux étaient des paraplégiques flasques : l'un par commotion spinale (accident de chemin de fer) ; l'autre, par poliomyélite infectieuse aiguë grave. Tous les deux ont guéri, mais ont conservé une atrophie localisée du quadriceps fémoral d'un côté, qui les a obligés à suppléer ce muscle dans le mouvement d'extension de la jambe, par une hypertrophie du tenseur du *fascia lata* et un effort complémentaire des muscles du bassin. — Enfin, la dernière malade, atteinte de sclérose en plaques (avec réserves d'hystérie), était plutôt une trembleuse qu'une paraplégique. Elle est complètement guérie.

§ IV. — Ces observations datent de : huit ans (1 obs.) — sept ans (3 obs.) — six ans (5 obs.) — cinq ans (6 obs.) — quatre ans (4 obs.) — trois ans (5 obs.) — un an (1 obs.). Les termes les plus éloignés se rapportent aux cas les plus graves.

Quelques malades ont fait plusieurs cures d'année en année. D'autres s'en sont tenus à la première cure. Tous se sont appli-

qués chez eux à surveiller les résultats obtenus et à mettre en pratique les conseils techniques qui leur avaient été donnés.

Les résultats acquis se sont toujours maintenus et même accentués : c'est-à-dire que les malades partant après leur traitement avec un résultat obtenu, ont vu ce résultat se confirmer et se renforcer par l'usage. Ce qui nécessitait une dépense d'attention et de force est devenu peu à peu automatique ; ce qui s'accomplissait avec peine et incomplètement est devenu facile et complet. Ce n'est que chez les malades de la deuxième série que quelques mauvaises habitudes sont apparues par suite de l'insuffisance de la technique due à la trop faible durée du traitement. Chez un malade seulement, les progrès ont été nettement enrayés et ont peut-être même un peu rétrocédé : c'est celui qui est devenu aveugle. Néanmoins, la solidité et la force générale se sont accrues chez tous (sauf chez l'amaurotique).

Nous n'avons pas à examiner ici l'importance concommittante du meilleur traitement général du tabès et de plusieurs affections spinales, qui, depuis quelques années, évite généralement au malade les progrès de la maladie. — Nous n'avons pas davantage à indiquer ici la technique des traitements. qui a été l'objet d'autres publications.

CONCLUSION. — Les bons résultats acquis par l'application des techniques de rééducation motrice au traitement de l'ataxie tabétique et des paraplégies sont stables et définitifs, et les troubles moteurs corrigés ne reapparaissent plus. Mais le malade doit, par la mise en pratique prolongée des préceptes qui lui ont été enseignés, par l'hygiène et le traitement général, veiller à éviter tout progrès nouveau de sa maladie : et il est fréquent qu'il y parvienne.

Nouvelles Recherches sur la teneur en calcium du sang et des centres nerveux dans la tétanie expérimentale à la suite de la thyro-parathyroïdectomie, par C. Parhon et G. Dumitresco (de Bucarest).

Les recherches de M. Sabbatani (1) sur l'action sédative de l'ion calcique, suivies par les travaux de Roncoroni (2), Regoli (3) etc., ont fait naître l'idée d'une relation entre certains phénomènes convulsifs et l'insuffisance du système nerveux au point de vue de sa teneur en calcium.

Silvestri (4) a soutenu récemment cette opinion, qui est corroborée d'autre part par un nombre de faits qu'on ne peut pas ignorer désormais.

C'est ainsi que Oddo et Sarles ont trouvé une quantité trop grande de phosphate de calcium dans l'urine d'un enfant atteint de tétanie, et Robert Quest, analysant le cerveau de trois enfants ayant succombé à la suite de la même maladie, a trouvé une teneur absolue et relative très faible en calcium.

Netter (5), en employant dans trois cas de tétanie le chlorure de calcium, obtient dans les trois cas la guérison. Cet auteur est d'avis que la soi-disante cure de déchloruration agit réellement en diminuant l'apport du sodium, élément antagoniste du calcium.

L'un de nous, avec Urechie (6), dans des recherches communiquées au Congrès de Genève-Lausanne, que M. Net-

(1) Sabbatani. — Importanza del Calcio che trovasi nella corteccia cerebrale. *Rivista sperimentale* di freniatria, 1901. Calcio negli epilettici, *Arch. di psichiatria*, 1903.

(2) Roncoroni. Aumento dell'eccitabilita corticale e fenomeni di epilessia provocati da reattivi decalcificanti. *Arch. di Psichiatria*, 1903. Alcune esperienze intorno all' azione del calcio sulla cortecia cerbrale, *Rivista sperimentale di freniatria, 1904*

(3) Regoli, cité par Netter.

(4) Silvestri. *Gazeta degli ospedali*, 12 août 1906.

(5) Netter. Importance biologique du calcium. Notions récentes. Leurs applications thérapeutiques. (Extraits de Bull. de la Soc. de Pédiatrie, 18 octobre 1905, de la S. méd. des Hôpitaux, 24 nov. 1905, 8 mars 1907 ; de C. R de la S. de Biologie, 10 fév. 1905, 2-9-16 mars, 12-19 avril 1907).

(6) Parhon et Urechie. Recherches sur l'influence exercée par les sels de calcium et de sodium sur l'évolution de la tétanie expérimentale. C. R. du *XVIIe Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France*, etc., Genève-Lausanne, 1-7 août 1907.)

TER (1) a eu l'amabilité de rappeler à la Société de Biologie, ainsi que dans une note ultérieure (2) présentée à cette même Société, (Réunion biologique de Bucarest), trouva que le chlorure de calcium exerce une sédation évidente sur les phénomènes convulsifs qui suivent l'ablation de l'appareil thyro-parathyroïdien, prolongeant même, à une certaine dose journalière, la durée de survie de ces animaux.

La même action calmante fut constatée par MAC CALLUM et VOEGTLIN (3), et tout récemment encore par FROUIN (4), qui soutient avoir obtenu une prolongation très notable de la survie des chiens thyro-parathyroïdectomisés par l'administration de sels de calcium et de magnesium.

MAC CALLUM et VOEGTLIN trouvent que les chiens ayant subi l'opération citée perdent une quantité exagérée de calcium par l'urine et les fèces et que, d'autre part, le sang et les centres nerveux de ces mêmes animaux sont beaucoup moins riches en calcium que ceux des témoins.

Enfin, plusieurs faits concernant la question de l'épilepsie parlent également pour cette relation entre l'appauvrissement calcique et les états convulsifs.

C'est ainsi que KAUFFMANN (5), de même que NISSIPESCO (6), trouvent l'élimination du calcium exagérée dans l'épilepsie.

BESTA trouva la coagulabilité du sang diminuée dans cette même affection, et l'un de nous, avec URECHIE, pensa que l'influence aggravante exercée par la fonction menstruelle sur les attaques d'épilepsie pourrait bien reconnaître le même

(1) NETTER. Sels de calcium dans l'eczéma. Leur mode d'action. Efficacité des sels de calcium dans la tétanie expérimentale. *C. R. Soc. de Biol.*, n° 33, 1907.

(2) PARHON et URECHIE. Note sur l'influence exercée par le chlorure de calcium et l'iodure de sodium sur les phénomènes convulsifs consécutifs à la thyro-parathyroïdectomie, etc. C. R. de la S. de Biologie, p. 622 (1er semestre 1908).

(3) MAC CALLUM and VOEGTLIN. On the relation of tetany the parathyroïd glands and to calcium metabolism. *Journal of Exp. Med.*, vol. XI, n° 1, 1909.

(4) FROUIN. *Ac. de Sciences*, juin 1909.

(5) KAUFFMANN. Beitrage fur Path. der Stoffvechsels bei Psychosen. « Die Epilepsie », Jena 1908.

(6) NISSIPESCO. Contr. la studiul patogeniei epilepsiei. *Thèse de Bucarest*, 1908.

appauvrissement de l'organisme en calcium, car la menstruation est due à la sécrétion ovarienne qui exerce une action stimulante sur l'élimination du calcium.

Nous dirons encore ici que DHÉRÉ et GRIMMÉ (1), mentionnent entre autres analyses celle du cerveau d'un chien épileptique dont un des hémisphères cérébraux était très pauvre et dont l'autre était très riche en calcium.

Conduits par plusieurs des faits et opinions ci-dessus cités, nous avons entrepris avec M. NISSIPESCO, il y a quelque mois, des recherches sur la teneur en calcium de l'encéphale des chats et des chiens thyroparathyroïdectomisés.

Nous ne connaissions en ce moment les recherches de MAC CALLUM, toutes récentes d'ailleurs, que par une courte analyse parue dans la *Revue Neurologique* (2), où il est dit que cet auteur est d'avis que les parathyroïdes ont pour fonction de régler le metabolisme du calcium des centres nerveux.

Nos recherches (3), dans lesquelles nous avons calculé le contenu en calcium de l'encéphale non séché, ne nous ont pas permis de confirmer les vues de SILVESTRI et MAC CALLUM.

Notre communication était déjà sous presse quand notre bon ami et confrère ELIE JELLIFFE (de New-York), voulut bien nous envoyer le travail très intéressant de MAC CALLUM et VOEGTLIN. Nous y trouvâmes les faits plus haut mentionnés. Ces auteurs rapportent leurs résultats aux centres nerveux séchés.

Pensant que la divergence de nos résultats pouvait tenir au fait que nous avons rapporté nos chiffres à l'encéphale non séché, il nous a semblé utile de reprendre nos expériences en procédant, cette fois, de la même manière que les auteurs de Baltimore.

Comme eux, nous avons dosé aussi le calcium du sang des animaux qui n'ont pas succombé spontanément.

Nos expériences ont porté sur des chiens et des chats aux-

(1) DHÉRÉ et GRIMMÉ. Sur le dosage du calcium en physiologie. Fribourg, 1906.

(2) *Soc. de Biologie* 1906 et *Revue Neurologique*, 1908.

(3) PARHON, DUMITRESCO et NISSIPESCO. Recherches sur la teneur en calcium des centres nerveux des animaux thyroparathyroïdectomisés. *C. R. de la Soc. de Biologie*, 1909, p. 792.

quels nous avons extirpé l'appareil thyro-parathyroïdien, et nous avons dosé le calcium du sang et des centres nerveux séchés.

Nous avons fait des dosages parallèles chez des animaux de mêmes espèces, normaux ou ayant subi d'autres expériences ou traitements.

Comme les animaux ayant subi l'ablation dudit appareil ne se nourrissent que très peu ou presque pas, nous avons fait des dosages du sang et des centres nerveux aussi chez un animal en état d'inanition complète, sacrifié après 12 jours.

Enfin, comme Léopold Lévi et H. de Rothschild (1), ont pensé que l'apathie des myxœdémateux peut tenir à la concentration des ions calciques dans leurs centres nerveux, il nous a semblé utile d'étudier cette teneur en calcium chez un lapin ethyroïdé ainsi que chez un lapin témoin, nous réservant le droit de continuer ces recherches et de faire des dosages analogues chez des animaux hyperthyroïdisés, hyperparathyroïdisés, etc., etc...

Les tableaux ci-joints donnent les résultats de nos recherches.

A) Expériences sur des Chiens

Animaux thyroparathyroïdectomisés

I) Grande chienne adulte (n° 3) gravide. Sacrifiée 11 jours après l'opération.
Sang : 0,0036 Ca O °/$_0$ gr.
Cerveau : 0,0264 Ca O °/$_0$ gr. (de substance séchée).
Bulbe, protubérance et pédoncule : 0,0349 Ca O °/$_0$ gr.
Cervelet : 0, 3457 Ca O °/$_0$ gr.

Témoins ou animaux ayant subi d'autres opérations (n° 4).

I) Grand chien adulte normal.
Sang : 0,007504 Ca O °/$_0$ gr.
Cerveau : 0,0975 Ca O °/$_0$ gr.
Bulbe, etc. : 0,1612 Ca O °/$_0$ gr.
Cervelet : 0,4275 Ca O °/$_0$ gr.

Dans ces deux cas la moelle n'a pas été examinée.

II) Chien adulte de taille moyenne. Succomba cinq jours après l'opération (n° 5).
Cerveau : 0,0302 Ca O °/$_0$ gr.
Bulbe, etc. : 0,429 Ca O °/$_0$ gr.
Cervelet : 0,468 Ca O °/$_0$ gr.
Moelle : 0,0290 Ca O °/$_0$ gr

II) Chien adulte normal de taille moyenne (n° 12).
Sang : 0,0088 Ca O °/$_0$ gr.
Cerveau : 0,0353 Ca °/$_0$ gr.
Bulbe, etc. : 0,0473 Ca °/$_0$ gr.
Cervelet : 0,0702 Ca O °/$_0$ gr.
Moelle : 0,0184 Ca O °/$_0$ gr.

(1) Lévi et Rothschild. Etudes sur la physio-pathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse.

III) Chien adulte de taille moyenne. Succomba six jours après l'opération (n° 6).

Cerveau : 0,0172 Ca O °/₀ gr.
Bulbe, etc : 0,0252 Ca O °/₀ gr.
Cervelet : 0,0544 Ca O °/° gr.
Moelle : 0,0196 Ca O °/₀ gr.

III) Chien adulte normal de taille moyenne (n° 13).

Sang : 0,0030 Ca O °/₀ gr.
Cerveau : 0,0404 Ca O °/₀ gr.
Bulbe, etc. : 0,0316 Ca O °/₀ gr.
Cervelet : 0,0586 Ca O °/₀ gr.
Moelle : 0,0360 Ca O °/₀ gr.

IV) Chien adulte (poudel) soumis à l'inanition complète. Sacrifié après 12 jours.

Sang : 0,0087 Ca O °/₀ gr.
Cerveau : 0,0235 Ca O °/₀ gr.
Bulbe, etc. : 0,0281 Ca O °/₀ gr.
Cervelet : 0,0340 Ca O °/₀ gr.
Moelle : 0,0174 Ca O °/₀ gr.

D) Expériences sur des Chats

Animaux thyroparathyroïdectomisés

I) Chat adulte mâle. Sacirfié 5 jours après l'opération. L'animal présentait des phénomènes convulsifs très manifestes (n° 8).

Sang : 0,0021 Ca O °/₀ gr.
Cerveau : 0,0399 Ca O °/₀ gr.
Bulbe, etc. : 0,1194 Ca O °/₀ gr.
Cervelet : 0,0848 Ca O °/₀ gr.
Moelle : 0,0363 Ca O °/₀ gr.

II) Chat âgé de moins d'un an (n° 7), sacrifié trois jours après l'opération.

Sang : 0,00462 Ca O °/₀ gr.
Cerveau : 0,0449 Ca O °/₀ gr.
Bulbe, etc. : 0,0736 Ca O °/₀ gr.
Cervelet : 0,0790 Ca O °/₀ gr.
Moelle : 0,0814 Ca O °/₀ gr.

Animaux témoins ou ayant subi d'autres expériences.

I) Chat adulte femelle normale ayant souffert de gale récemment. L'animal a eu récemment plusieurs grossesses et avait cessé depuis peu de temps l'allaitement. (N° 11).

Sang : 0,0076 Ca O °/₀ gr.
Cerveau : 0,0277 Ca O °/₀ gr.
Bulbe, etc. : 0,0730 Ca O °/₀ gr.
Cervelet : 0,0447 Ca O °/₀ gr.
Moelle : 0,0270 Ca O °/₀ gr.

II) Chat âgé de moins d'un an ayant subi depuis quelques mois la castration unilatérale (n° 2).

Sang : 0,0095 Ca O °/₀ gr.
Cerveau : 0,0969 Ca O °/₀ gr.
Bulbe, etc. : 0,0736 Ca O °/₀ gr.
Cervelet : 0,2191 Ca O °/₀ gr.
Moelle : 0,0697 Ca O °/₀ gr.

III) Chat adulte. Double castration testiculaire datant de 37 jours (n° 1).

Sang : 0,0096 Ca O °/₀ cmc.
Cerveau : 0,0461 Ca O °/₀ gr.
Bulbe, etc. : 0,0416 Ca O °/₀ gr.
Moelle : 0,0450 Ca O °/₀ gr.

IV) Chat adulte mâle. Traité par un extrait d'hypophyse pendant à peu près deux mois (n° 9).

Sang : 0,0063 Ca O °/₀ gr.
Cerveau : 0,0222 Ca O °/₀ gr.
Bulbe, etc. : 0,0614 Ca O °/₀ gr.
Cervelet : 0,0419 Ca O °/₀ gr.
Moelle : 0,0295 Ca O °/₀ gr.

C) Expériences sur des Lapins

I) Jeune lapin éthyroïdé. Sacrifié 24 jours après l'opération (n° 15).

Sang : 0,0037 Ca O °/₀ gr.
Centres nerveux : 0,0350 °/₀ gr.

II) Jeune lapin normal (n° 14).
Sang : 0,0028 °/₀ gr.
Centres nerveux : 0,0311 °/₀ gr.

Si l'on examine les résultats de ces tableaux, on constate que chez les trois chiens dont nous avons enlevé l'appareil thyroparathyroïdien la teneur des centres nerveux en calcium est diminuée, et les différences peuvent être très appréciables, comme chez les animaux (témoin et opéré) de l'expérience première. Ce n'est que pour la moelle de l'animal opéré de l'expérience II que la teneur en calcium est un peu plus forte que celle de la moelle du témoin.

Nous rappellerons ici que chez le chien opéré de nos expériences antérieures, où nous avons dosé le calcium par rapport au cerveau non séché, il y avait également moins de calcium dans les centres nerveux que chez le témoin.

En ce qui concerne le sang que nous avons dosé chez les animaux sacrifiés par nous-mêmes (chiens ou chats), on constate également une diminution très importante chez les animaux opérés par rapport aux témoins.

Donc, jusqu'ici nos nouveaux résultats concordent assez bien avec ceux obtenus par Mac Callum et Voegtlin.

Mais si nous revenons à nos expériences sur des chats, on constate que les différentes parties des centres nerveux de l'animal opéré de l'expérience Ire sont plus riches en calcium — et les différences sont assez marquées — que les parties correspondantes du témoin.

Dans l'expérience IIe, où le témoin était un animal qui avait subi la castration unilatérale depuis plusieurs mois, on constate que le cerveau et le cervelet de ce dernier sont plus riches en calcium que ceux de l'animal thyroparathyroïdectomisé, et les différences sont assez appréciables.

Par contre, pour le bulbe (avec la protubérance et le pédoncule), les chiffres sont les mêmes, tandis que la moelle de ce dernier animal contient un peu plus de calcium que celle du témoin (animal castré).

Rappelons ici que dans nos expériences antérieures, où

nous avons dosé le calcium dans l'encéphale non séché, les différences furent chez le chat, trois fois sur quatre, à l'avantage des animaux opérés.

Il y a donc des divergences assez importantes entre les résultats que nous avons obtenus chez les chats et ceux obtenus par MAC CALLUM et VOEGTLIN chez les chiens. (Ces auteurs n'ont opéré que des chiens).

Il est vrai que nous n'avons qu'une seule expérience (expérience I[re]), où nous pouvons comparer les chiffres obtenus par le dosage des centres nerveux séchés de l'animal opéré avec ceux d'un animal n'ayant subi aucune opération, et nous reconnaissons volontiers l'utilité de nouvelles recherches.

On peut également supposer que la grossesse, l'allaitement, et peut-être la gale, avaient appauvri l'organisme du témoin en calcium. On peut encore penser que l'animal opéré avait plus de calcium avant l'intervention qu'au moment où il a été sacrifié

Il n'en est pas moins vrai que ce dernier présentait des phénomènes convulsifs très nets au moment où il fut sacrifié, *bien qu'il avait plus de calcium dans ses centres nerveux que le témoin.*

Les proportions de calcium trouvées dans les centres nerveux de deux des chats thyroparathyroïdectomisés sont également plus fortes que celles trouvées chez le chat traité pendant à peu près deux mois par une macération glycérinée d'hypophyse, bien que ce dernier animal n'a pas eu, lui non plus des phénomènes convulsifs.

Enfin, les chiffres trouvés dans les différentes parties des centres nerveux du chien en inanition sont plus petites que celles des trois témoins et même de deux des animaux opérés. Pourtant, l'animal en état d'inanition n'avait pas présenté des phénomènes convulsifs.

Donc, tout en reconnaissant l'utilité des nouvelles recherches, nous pensons qu'il découle de nos recherches, même à présent, que *s'il est vrai que le calcium possède une action sédative et que s'il est bien possible et même probable que sa diminution dans les centres nerveux entraîne une plus grande excitabilité de ces derniers, il n'en est pas moins vrai que cette dimi-*

nution ne suffit pas à elle seule pour déterminer l'apparition des phénomènes convulsifs.

Mac Callum et Voegtlin ne voient pas d'ailleurs, eux non plus, dans la diminution du calcium des centres nerveux, qu'un facteur qui augmente leur excitabilité. Ils trouvent en outre, dans le sang et l'urine de leurs animaux thyroparathyroïdectomisés, l'augmentation des composés ammoniacaux qui — ainsi qu'on le sait — jouissent de propriétés convulsivantes.

Nous considérons également comme prouvé par nos expériences, le fait que les centres nerveux d'un animal en état de tétanie expérimentale puissent contenir plus de calcium que ceux d'un animal ne présentant pas de traces de phénomènes convulsifs.

***

Une question importante qui se pose maintenant est celle de savoir si la diminution du calcium chez les animaux thyroparathyroïdectomisés tient bien à une action spécifique de l'insuffisance parathyroïdienne, et si d'autres facteurs n'interviennent pas.

Sans chercher pour le moment de résoudre ce problème, nous nous contenterons de remarquer la faible teneur en calcium des centres nerveux de notre chien en inanition.

Comme, d'autre part, les animaux ayant subi l'ablation de l'appareil thyroparathyroïdien ne se nourrissent d'habitude que très peu ou presque pas, on comprend que jusqu'à des nouvelles preuves on ne peut pas affirmer l'intervention spécifique des glandes parathyroïdes, et qu'en tout cas, il y a lieu de tenir compte d'autres facteurs, surtout de l'inanition.

Notons pourtant qu'en ce qui concerne le sang, l'animal en inanition possédait beaucoup plus de calcium que l'animal opéré, et même plus que deux des témoins.

Il semble donc qu'au moins pour le calcium du sang on doit admettre l'action glandulaire. Cette action peut bien exister aussi pour les centres nerveux, et le fait nous semble même probable, mais elle doit être appuyée par des recherches plus nombreuses et plus variées.

Remarquons ici la faible teneur en calcium des centres nerveux chez notre animal traité par l'hypophyse.

***

Quand on étudie l'influence de l'ablation de l'appareil thyroparathyroïdien sur l'état chimique, anatomique et fonctionnel des différents organes, on a à faire avec une double insuffisance glandulaire. On doit donc faire la part des parathyroïdes et celle du corps thyroïde. Pour cela, l'idéal serait de détruire complètement la thyroïde ou les parathyroïdes en laissant intactes, suivant la première ou la dernière circonstance, les parathyroïdes ou la thyroïde.

Un bon sérum cytoloxique serait très utile à ce point de vue. Pour le moment, nous avons cherché à voir l'influence de l'ablation des lobes thyroïdiens chez le lapin, ce qui produit une insuffisance thyroïdienne complète et une insuffisance parathyroïdienne partielle qui semble compensée par les parathyroïdes externes laissés en place.

On sait, d'autre part, que le corps thyroïde exerce une influence certaine sur le métabolisme calcique, et nous avons cité l'opinion de Lévi et Rothschild sur le mécanisme de l'apathie dans le myxœdème par la concentration des ions calciques dans les centres nerveux.

En nous rapportant à notre unique expérience chez le lapin, nous trouvons que le sang et les centres nerveux du lapin éthyroïdé sont plus riches en calcium que ceux du témoin, bien que la différence ne soit pas très grande.

Cette expérience devra être répétée et les animaux laissés vivre plus longtemps.

Elle concorde avec l'opinion de Lévi et Rothschild par la plus grande richesse en calcium des centres nerveuxde l'animal en insuffisance thyroïdienne.

Mais cela ne veut pas dire que cette grande abondance suffit à elle seule pour expliquer l'apathie des myxœdémateux.

Nous voulons dire par cela que si ce facteur pouvait avoir sa part, il est bien probable que d'autres facteurs peut-être plus importants encore interviennent également.

Recherches anatomopathologiques sur l'état des glandes endocrines (thyroïde, testicule, surrénale, para-thyroïde), dans un nouveau cas de rhumatisme chronique, par C. PARHON (de Bucarest).

Les recherches de DIAMANTBERGER, SERGENT, REVILLOD, LANCEREAUX et PAULESCO, HERTOGHE, CLAISSE, VIALA, PARHON et PAPINIAN, ATANASIU VERGU, FLORIAN, ACHIODTE, les nombreux travaux de LÉVI et ROTHSCHILD, les observations de GORDON, CAPEMAS, MENARD, COHEN, les intéressantes études de VINCENT, ainsi que les recherches anatomo-pathologiques de SERGENT, celles de l'un de nous avec GOLDSTEIN, de SOUQUES et de DOLJAN, mettent hors de doute l'existence d'un rapport entre certains troubles de la fonction thyroïdienne (surtout l'hypothyroïdie), et le rhumatisme chronique.

Mais assurément la question demande encore à être étudiée et précisée à plusieurs points de vue. Les recherches anatomo-pathologiques sur le corps thyroïde (et les autres glandes à sécrétion interne) dans le rhumatisme chronique, sont jusqu'à présent trop peu nombreuses (2 cas de SOUQUES, le cas de SERGENT, les deux cas que j'ai étudiés avec GOLDSTEIN, un autre dont j'ai communiqué l'observation avec URECHIE, enfin le cas de DOLJAN).

C'est assez dire pour montrer la nécessité des nouvelles recherches et la raison de cette communication.

Elle a trait a un malade dont l'observation clinique a fait l'objet d'une note que j'ai communiquée (à un autre point de vue) à la Société de Neurologie de Paris (séance du 3 juin 1909).

Disons seulement ici qu'il s'agissait d'un homme atteint d'une hémiplégie gauche avec état démentiel. Son âge apparent était entre 50-60. Nous ignorons son âge réel. Il présentait en outre un rhumatisme noueux très prononcé, les déformations étaient toutefois beaucoup moins accentuées du côté hémiplégique. Comme signes d'hypothyroïdie, on constatait le signe du sourcil assez manifeste, surtout du côté droit, ainsi qu'un état de somnolence qui pourrait reconnaître, au moins en partie, la même origine. L'état démentiel du malade nous a empêché de chercher d'autres phénomènes hypothyroïdiens.

Nous décrirons maintenant les altérations trouvées dans les différents organes dans ce cas. Disons d'abord que l'hémiplégie reconnaissait une petite lésion sous-corticale.

Le corps thyroïde, plutôt petit, ne pesait que 18 grammes. Sur les coupes macroscopiques de cet organe, on constate une espèce de réseau circonscrivant des petits nodules ronds, dont une bonne partie ont des dimensions variant entre celles d'un grain de millet et celles d'un grain de lentille. Ces nodules contiennent eux-mêmes un réseau qui les divise en un nombre variable de mailles secondaires. Dans un des lobes latéraux et vers sa partie supérieure, on constate un foyer hémorragique ayant approximativement les dimensions d'une noisette.

A l'examen histologique, on constate — ce qui pouvait être affirmé même macroscopiquement — que les nodules ci-dessus décrits sont formés en général par un certain nombre de follicules thyroïdiens dont un grand nombre sont très dilatés, arrivant jusqu'aux dimensions macroscopiques d'un grain de millet. La forme de ces follicules est le plus souvent ovalaire ou ronde, parfois polygonale. mais ils sont en général circonscrits par des lignes courbes. La colloïde se colore en rose par l'éosine, comme à l'état normal. Ce n'est qu'à titre d'exception qu'on rencontre des follicules à colloïde violette.

Ajoutons que la glande présente une sclérose qui, dans certains endroits, est très accentuée, les bandes de tissu conjonctif pouvant isoler chaque follicule à part. La paroi des vaisseaux est elle aussi épaissie. On observe une ectasie capillaire très prononcée et, dans plusieurs endroits, des hémorragies pour la plupart microscopiques.

Ajoutons encore que la coloration par le rouge Sharlach ou par l'acide osmique des coupes fixées dans le formol 10 $^0/_0$ et pratiquées au microtome de congélation nous montre que les cellules contiennent des substances lipoïdes en abondance, éventualité très fréquente — sinon constante — dans les thyroïdes des personnes âgées.

Dans quelques coupes, nous avons rencontré des portions de tissu que nous considérons comme de nature parathyroïdienne (parathyroïde interne). Ce tissu, bien isolé de celui thyroïdien, forme un contraste frappant avec ce dernier.

Il est représenté, en général, par des cellules cubiques formant des petits follicules contenant une colloïde de coloration violette pâle virant au rose.

Ce tissu ne rappelle pas celui des parathyroïdes normales, mais des tranformations analogues ont été déjà décrites et figurées par PEPERE (Le ghiandole parathyroïdee, Torino, 1906).

Il existe en outre aussi des régions où les follicules ont les dimensions normales. Mais ce sont les follicules dilatés, à tranformation kystique, qui occupent la plus grande partie de la glande.

Les cellules qui tapissent la paroi des follicules sont pour la plupart courtes, aplaties, ayant même souvent l'aspect endothelioïde. Dans quelques follicules, on rencontre des cellules desquamées de la paroi et nageant à l'intérieur de la colloïde.

Les formations kystiques dont nous venons de parler sont formées en général chacune d'un seul follicule dilaté. Pourtant, quelques-unes nous ont semblé résulter de la fusion de plusieurs follicules dont la paroi s'est rompue. Nous avons rencontré, rarement du reste, des formations canaliculaires (lymphatiques ?) contenant du colloïde.

Les cellules bordant les follicules ont une structure finement granuleuse. Les granulations, très fines, ont une faible coloration rose, le noyau est pauvre en granulations chromatiques (hématoxyline — éosine).

Les capsules surrénales sont de volume normal. La substance médullaire donne avec le perchlorure de fer la réaction de VULPIAN, très nette. Sur des coupes de l'organe (fixé dans le formol 10 °/₀), pratiquées au microtome de congélation et colorées au rouge Sharlach, on constate que les cellules de la substance corticale sont complètement remplies par des substances lipoïdes.

Dans la couche réticulée, on observe une quantité moyenne de pigment. La substance corticale est richement vascularisée. A la limite de la substance médulaire et corticale, nous avons trouvé un foyer de petites cellules sur la signification duquel il ne nous est pas possible de nous prononcer avec précision.

Il ne nous semble pas impossible qu'il soit dû à la prolifération de la substance médulaire.

Le pancréas nous a semblé normal ou à peu près au double point de vue macroscopique et microscopique. Pas de sclérose appréciable. Les acini et les îlots de Langerhans sont bien représentés. Dans le foie, on observe un certain degré de prolifération du tissu conjonctif. La rate ne nous a pas semblé modifiée dans sa structure. Les reins, congestionnés, présentent une sclérose assez marquée de la substance corticale et surtout de plusieurs glomerules.

Les testicules présentent des altérations atrophiques de certains tubes séminifères. Pourtant dans plusieurs on observe encore une spermatogénèse assez abondante. Avec la coloration au rouge Sharlach pour les graisses, on constate que dans certains tubes séminifères les cellules contiennent une forte quantité de lipoïdes, quantité de beaucoup plus grande que celle normale. Par contre, les cellules de la glande interstitielle sont pauvres en substances lipoïdes, contrairement à ce qu'on observe dans le testicule normal. La prostate était hypertrophiée, et au microscope on observait des dilatations des canalicules.

En résumé, dans un cas de rhumatisme noueux, nous avons rencontré des altérations thyroïdiennes consistant en une réduction du volume de l'organe avec sclérose assez prononcée de certaines régions, dilatation kystique des follicules, altérations vasculaires, congestion et hémorrhagies. Les cellules étaient en outre riches en des substances l.poïdes.

On observait en outre des altérations dans les parathyroïdes (formation des follicules contenant du colloïde), dans le rein (sclérose, congestion), les testicules.

Ce cas nous semble apporter un appui à la théorie de la pathogénie thyroïdienne de certains cas de rhumatisme chronique.

Sur les huit cas de rhumatisme chronique où le corps thy roïde fut examiné au point de vue anatomo-pathologique il ne fut trouvé normal qu'une seule fois, dans le cas que j'a étudié avec Urechie. Il s'agissait d'un cas de rhumatisme chronique déformant avec sypmtômes d'hypothyroïdie qui

se dissipèrent complètement, ainsi que les douleurs, sous l'influence du traitement thyroïdien. Dans ce cas, on doit supposer que le traitement thyroïdien a corrigé le fonctionnement défectueux de la glande, qui ne présentait pas d'altérations de la nature de celles qui ne sont plus capables de disparaître. Dans les cas de Souques, on trouva une diminution de la colloïde. Cette substance était considérablement réduite aussi dans le cas de Doljan ; dans les deux cas que j'ai communiqué avec Goldstein au Congrès de Dijon, la glande était sclérosée, et dans un de ces cas il y avait aussi des altérations de la colloïde.

Comme on le voit, les altérations thyroïdiennes sont trés fréquentes dans le rhumatisme chronique, ce qui vient en faveur de la théorie dont nous venons de parler.

D'autres altérations glandulaires peuvent probablement concourir aussi à la production du rhumatisme chronique.

Il en est ainsi pour le testicule, qui a un rôle certain dans les phénomènes de croissance, ossification, etc. On sait d'ailleurs que Dalché et d'autres auteurs ont invoqué le rôle des ovaires.

Les altérations des parathyroïdes — glandes qui semblent intervenir aussi dans le métabolisme du calcium, peuvent avoir également leur importance.

Mais nous nous contenterons ici seulement d'attirer sur ces points l'attention de chercheurs qui auront le désir et l'occasion de s'occuper de ces problèmes.

Un cas d'intoxication alcoolique chez un enfant de trois ans, par MM. René Charpentier et H.-M. Fay.

Gaston H..., âgé de 3 ans, est né à terme, a parlé à 15 mois, marché à 17 mois et s'est développé normalement. Il eut la rougeole à 16 mois, la coqueluche à 2 ans 1/2 et n'a pas présenté d'autre accident pathologique.

C'est un enfant de 3 ans normalement constitué.

Il fut amené à la consultation par son grand-père, il y a un mois, parce que, à deux reprises, il lui est arrivé de s'agiter

au moment du repas de midi, en s'écriant, effrayé, qu'il voyait de grosses mouches au plafond et qu'il y avait des épingles dans ses bottines. Il courait de çà et de là, dans la pièce, déclarant qu'il y avait quelque chose dans ses bottines, que ses bottines marchaient toutes seules. Inquiet de ces terreurs, d'ailleurs passagères, et qui lui paraissent sans cause, le grand-père amène l'enfant consulter au sujet de ces troubles.

Nous apprenons par l'interrogatoire du grand-père que l'enfant, de temps à autre, bavardait, riait et chantait le soir dans son lit, d'une façon étrange, et sans pouvoir s'endormir, qu'il présentait des cauchemars.

L'examen de l'enfant ne montre rien d'anormal. Il n'existe pas de troubles oculaires, pas d'albuminerie, pas d'auto-intoxication saisissable, pas de troubles de la motilité, de la réflectivité, ni de la sensibilité objective. Mais en recherchant quel est le régime alimentaire du petit malade, on apprend que, sevré à 22 mois, depuis cet âge l'enfant mange comme tout le monde, « et surtout boit comme tout le monde », c'est-à-dire du vin pur. Non seulement il boit du vin aux repas, non seulement une grand'mère, chez laquelle il se rend l'après-midi, n'a pas le courage de s'opposer à son désir quand il demande du vin, mais encore, spontanément, quand ses parents ont le dos tourné et qu'il y a du vin sur la table, l'enfant boit ce vin pur préparé pour d'autres.

A 4 heures, pour goûter, il boit du vin et de l'eau. Il lui arrive de boire, dit le grand-père, jusqu'à « une chopine » de vin dans sa journée.

Gaston H... a donc présenté, à plusieurs reprises, de l'excitation ébrieuse, et à deux reprises des phénomènes hallucinatoires dus à l'intoxication subaiguë par le vin. D'ailleurs, les phénomènes d'excitation ébrieuse, les hallucinations visuelles et les troubles de la sensibilité (fourmillements, picotements), ont disparu immédiatement après le régime lacté et la suppression du vin, et depuis un mois l'enfant n'a présenté aucun trouble.

Le père et la mère présentent tous deux des symptômes d'alcoolisme chronique. Le grand-père paternel est soigné à la consultation de M. le professeur Ballet pour hystéro-trauma-

tisme. Le grand-père maternel est mort paralysé et dément à l'âge de 56 ans.

Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation d'intoxication alcoolique non accidentelle chez un enfant de 3 ans, hérédo-alcoolique.

Dans un article récent, Hutinel et P. Merklen (1) ont insisté à nouveau, après Magnus Huts, Morel, Thomeuf, Contesse, Lancereaux, sur ce fait que les alcooliques donnent naissance à des enfants qui, plus que tous autres, présentent une appétence marquée pour l'alcool.

(1) Hutinel et P. Merklen. *Les maladies des enfants*, tome III, art. intoxications, page 748.

SÉANCE DU VENDREDI 6 AOUT (après-midi)

Salle de la Mairie de Sucé

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR VALLON

Que penser de l'hémianesthésie ? Que penser des troubles vaso-moteurs et des troubles cardiaques dans l'hystérie ? par le docteur TERRIEN (de Nantes).

Je commence par m'excuser de venir vous entretenir d'un sujet, qui a été tant de fois discuté, depuis quelques années surtout soit dans les Congrès, soit à la Société de Neurologie. Si je reviens à cette question de l'hystérie, c'est que j'estime et vous estimerez avec moi, que nous ne pouvons pas demeurer plus longtemps, dans le doute qui fatigue, qui lasse.

Car nous ne savons plus aujourd'hui ce qui *est de l'hystérie* et ce qui *n'est pas de l'hystérie.* Et puis l'hystérie, est-ce l'hystérie de Charcot? Est-ce l'hystérie de Bernheim? Est-ce l'hystérie de Babinski? Autrefois on avait tendance à trop élargir le cadre de l'hystérie, on déposait dans la corbeille, suivant l'expression imagée de Lasègue, tout ce qui était étrange et mal étiqueté, aujourd'hui on tend à n'y plus rien mettre du tout.

Une réaction certes était nécessaire, on a réagi, on a bien fait. Mais dans toute révolution, trop souvent on commet des excès, on dépasse les limites d'une saine et juste réforme. C'est bien là ce qui semble s'être passé pour l'hystérie. N'a-t-on pas vu Bernheim n'accepter comme phénomènes hystériques que les crises convulsives? Ne voit-on pas Babinski prétendre que l'hémianesthésie n'existe pas, que si parfois on la rencontre, ce sont les médecins qui, sans y prendre garde, par suggestion l'ont déterminée. Pour Babinski, plus de troubles vaso-moteurs, plus de troubles trophiques dans l'hystérie. L'hystérie est incapable de les produire.

Je voudrais qu'on essayât de remettre ici les choses au point Et je m'estimerai heureux si, dans cette double question des troubles de la sensibilité et des troubles vaso-moteurs, je puis arriver à soulever un coin du voile qui l'enveloppe, l'obscurcit.

Parlons d'abord de l'hémianesthésie. Ainsi Babinski nous déclare que depuis qu'il recherche d'une façon systématique les troubles de la sensibilité chez ses hystériques, il n'en trouve plus. Et il tire cette conclusion que ce sont les médecins qui, par un interrogatoire imprudent, mal dirigé, mal conduit, les ont fait naître.

Ma surprise fut grande quand j'ai lu pareille affirmation, car moi qui vois moins d'hystériques que Babinski, je persiste à en trouver. Et j'en trouvais autrefois alors que j'étais bien place, mieux placé qu'aujourd'hui pour apporter une saine appréciation dans cette question car, comme je l'ai dit à Genève, je n'avais pas en face de moi, dans ce milieu de paysans, une hystérie qui a vieillie dans des lits d'hopitaux ou dans des cabinets de médecins, hystérie déformée par conséquent, déformée par de multiples examens médicaux et par le contact permanent avec d'autres malades ; j'avais une hystérie neuve, une hystérie vierge, une hystérie en quelque sorte « nature ». Eh bien ! mes examens d'aujourd'hui, comme ceux d'autrefois, m'ont entraîné aux mêmes conclusions : l'hémianesthésie ex:ste bien réellement chez l'hysterique et il n'est pas besoin de faire intervenir le médecin pour cela.

Au moment où je lisais « l'hystérie traditionnelle » de Babinski, j'avais six hystériques en traitement ; sur ces six, quatre présentaient des troubles de la sensibilité, deux une hémianesthésie complète, la face comprise ; les deux autres une anesthésie de l'épaule. Et l on pourra voir combien le role du medecin fut nul dans la production de ces troubles sensitifs.

Le premier prenait un bain ; dans son bain, il fumait. Du fourneau de sa pipe tombe sur son epaule une petite buchette enflammée. Le malade est stupéfait de constater qu'il y a rougeur, brulure légère à la peau et qu'il n'a rien senti. Inquiet, il va trouver le médecin qui eut l'explication facile du fait. Notre homme avait une hémianesthésie à gauche. J'ai eu ce

malade à ma clinique, j'ai vu cette hémianesthésie et je l'ai fait disparaître par suggestion le jour où j'ai voulu la faire disparaître.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille qui était très sujette aux migraines. Un jour la mère, pour combattre une migraine plus violente que les autres, lui fit l'application de papiers rigollots aux deux jambes. Au bout d'un quart d'heure on dut les retirer à une jambe à cause de la douleur ; on les laissa à l'autre jambe. Au bout de huit heures, persuadée que les papiers ne valaient rien, puisque la malade ne ressentait aucune sensation de chaleur, de cuisson, de brûlure, la mère retira les rigollots et elle fut très surprise de voir que les papiers avaient fait vésicatoire. J'ai vu cette malade à mon cabinet, j'ai pu constater qu'elle présentait une hémianesthésie de tout le côté gauche. Et ces deux malades n'avaient jamais eu besoin de médecins.

Ainsi, dans ces deux cas, ce sont les malades qui, les premiers avant les médecins, avaient remarqué leurs troubles de la sensibilité.

J'en pourrais dire autant des deux autres. Ce serait étendre inutilement le mémoire.

Mais alors pourquoi Babinski ne trouve-t-il plus de troubles de la sensibilité? Est-ce parce qu'il tombe sur une mauvaise série, une série spéciale? Elle se prolonge vraiment trop longtemps pour que ce soit là la véritable raison. Je croirais bien plutôt (c'est là évidemment une hypothèse, mais hypothèse que me pardonnera M. Babinski, lui qui ne craint pas d'en faire d'un autre genre et de dire que s'il y a des troubles d'anesthésie chez nos hystériques c'est moi, c'est vous qui les produisez), je croirais bien plutôt, dis-je, qu'en recherchant l'hémianesthésie chez ses malades, sans y prendre garde, il la fait disparaître, car vous n'ignorez pas, Messieurs, qu'il est aussi facile d'effacer que de créer les phénomènes de l'hystérie. La simple question que pose Babinski « Que sentez-vous? » n'est-ce pas là une invitation pour cette catégorie de malades à sentir quelque chose? Et puis ne peut-on pas supposer que le Maître parcourant les salles de la Pitié, suivi de ses élèves, leur tienne ce langage et pas assez bas pour que les hystériques,

l'esprit toujours en éveil, ne l'entendent. Vous pourrez constater avec moi que nous ne trouvons plus de troubles de la sensibilité chez nos hystériques, depuis que nous les examinons avec la prudence dont on doit user avec de pareils malades. Si ce langage est tenu, vous admettrez qu'il est impossible de faire une meilleure psychothérapie et qu'il n'est pas surprenant que Babinski ne trouve plus d'hémianesthésie. Ce n'est certes qu'une supposition, mais supposition qui pourrait bien être l'expression de la vérité. D'ailleurs, cette même supposition aurait, paraît-il, été faite par les membres de la Société de Neurologie de Bruxelles qui persistent, eux aussi, à trouver des troubles de la sensibilité chez leurs hystériques.

Quoiqu'il en soit, quelle que soit la cause expliquant la différence de résultats des examens de M. Babinski et de mes examens ou de ceux des collègues qui pensent comme moi, il ressort des faits que j'ai relatés que l'hémianesthésie hystérique n'est pas un mythe, qu'elle existe bien réellement et assez fréquemment pour qu'on puisse la considérer comme un stigmate de la névrose.

J'aborde maintenant la question des troubles vaso-moteurs. Si j'en juge par le mémoire de M. Babinski sur l'hystérie traditionnelle, tous les neurologistes, ou à peu près, tous les neurologistes ont rayé les troubles vaso-moteurs du cadre de l'hystérie. Or, dussé-je demeurer le seul opposant, je crois que je resterai celui-là. Pourquoi? Parce que moi aussi, j'ai vu, j'ai observé, et les cas qui se sont offerts à mon observation me semblent tellement démonstratifs, tellement probants, que j'aurai la hardiesse de me séparer encore sur ce point du maître de la Pitié.

J'aurais un certain nombre de faits à présenter pour appuyer ma thèse ; je me contenterai d'en citer trois. Le premier, je l'ai indiqué à Genève, je le rappellerai ici, parce qu'il est vraiment trop caractéristique.

1er *cas.* — Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans qui resta en traitement pendant 18 mois à ma clinique ; c'est dire si j'ai eu tout le temps, toutes les facilités pour l'étudier avec soin

En dehors des symptomes, nettement hystériques qu'il présentait, tels que : anorexie, vomissements, crises d'aphonie

qui s'effaçaient sous la suggestion, D... présentait un phénomène curieux, le phénomène « de la main morte ». Pendant qu'il était occupé à jouer avec moi aux cartes, aux boules ou au croquet, ou pendant qu'il était à table, aux repas à côté de moi, je l'entendais tout à coup qui s'écriait : « Tiens, ça me prend. » Et aussitôt je voyais ses mains qui pâlissaient pour se décolorer bientôt complètement et prendre l'aspect de la « main cadavérique » avec les ongles violacés, l'insensibilité du cadavre, le froid du cadavre et la décoloration complète du cadavre. Représentez-vous, Messieurs, la main d'un jeune sujet sur une table d'amphithéâtre. Voilà l'image de la main de mon malade pendant l'accès.

Cette syncope locale se terminait par une ligne droite au 1/3 inférieur de la main. La crise se reproduisait 3 ou 4 fois par jour et durait de une demi-heure à une heure environ. Plus de cent personnes ont été les témoins de ce phénomène pendant le long séjour du malade à ma clinique. Le jeune homme conservait la liberté de ses mouvements, il était moins adroit cependant, ne sentant pas l'objet qu'il avait en mains, il continuait de jouer s'il jouait, de manger s'il mangeait.

J'ai essayé de provoquer par suggestion la crise, j'y suis parvenu. Je dois dire pourtant, pour être exact, que je n'ai jamais pu obtenir la main cadavérique ; j'obtenais de la pâleur, mais pâleur très nette, la main en cet endroit était franchement moins colorée qu'ailleurs. Et cette décoloration, parce qu'incomplète, est bien le résultat de ma suggestion, non le résultat d'une simple coïncidence, puisque cette crise survenant au moment du commandement, n'était jamais absolument identique à la crise spontanée, naturelle, qu'elle en différait par l'intensité moins marquée du phénomène. Quoiqu'il en soit, et c'est ce qu'il importe de retenir, j'ai obtenu réellement par suggestion une modification, une contraction des vasomoteurs n'allant pas jusqu'à la syncope parfaite, c'est entendu, mais elle n'en existait pas moins cependant.

Eh bien, je pose la question : A quoi peut-on rattacher cet accès de « main morte ? » Ce ne sont pas là de simples troubles émotifs, le malade ne se préoccupait en aucune façon de ses crises. Elles ne le faisaient pas souffrir, il savait que ce n'était

pas grave. Et puis, il y était depuis longtemps habitué.

Il était venu chez moi pour autre chose, pour sa dyspepsie, son amaigrissement ; son extrême maigreur seule le préoccupait. Il voulait prendre du poids, il en prit, de 91 livres passa à 110. Donc l'accès venait chez lui spontanément et le malade me l'indiquait simplement à titre de phénomène curieux.

Je ne puis, pour mon compte, rattacher ces troubles vaso-moteurs à autre chose qu'à l'hystérie et j'attends, très rassuré, qu'on donne une autre interpretation.

Car si défiant soit-on, on n'osera pas, j'imagine, m'opposer que j'ai mal observé le malade. Impossible de dire qu'il y a eu supercherie. J'ai dit a quels moments j'observai le phénomène : a table, au jeu, à côté de moi et cela pendant 18 mois. Et eut il voulu me tromper, provoquer lui-même la crise par des moyens artificiels (il n'avait d'ailleurs aucun interet a le faire), il lui aurait été difficile d'y parvenir. Comment provoquer artificiellement devant le médecin, qui observe, une syncope de la main, s'arrêtant ainsi par une ligne droite au 1/3 inferieur de la main ? Non, a la supercherie il ne faut pas penser, cela ne peut pas être, cela n'est pas, je l'affirme.

La vérité est donc qu'il y a eu ici des troubles vaso-moteurs tres nets, allant jusqu'à la syncope complete, que ces troubles se sont produits chez un malade manifestement hystérique ; que j'ai pu moi-même provoquer par suggestion des accès réduits, des diminutifs d'acces, mais des accès réels cependant et que, à moins de vouloir s'élever contre l'evidence même, on est obligé de rattaher ces troubles à l'hystérie dont le malade était atteint.

Il me semble que ce seul cas suffirait pour infirmer la thèse de Babinski. Mais je puis en offrir un second. Là c'était de la vaso-constriction : ici ce sera de la vaso-dilatation, allant jusqu'a la rupture des capillaires, jusqu'a l'hémorragie. Voici le cas : Une hystérique, a crises convulsives : donc bien une hystérique, meme pour Bernheim, saigne du nez un jour qu'il tonnait. — C'est l'orage qui a produit cette hémorhagie — dit-elle. Ce fut une idée fixe chez elle, idée qui se fixa encore davantage lorsqu'au second orage, second épistaxis. Dès lors toutes les fois qu'il tonnait, la malade saignait

du nez. C'était une femme qui habitait à côté de chez moi, nos cours étaient communes, de plus c'était une femme de ménage qui souvent travaillait à la maison. C'est dire s'il m'était facile de l'examiner. Aussitôt prévenu du fait, dès que je prévoyais un orage, j'allais chez elle ou la faisais venir chez moi et toujours j'ai constaté le phénomène si curieux.

Quelle fut mon impression? La surprise. J'avais bien vu noter des hémorrhagies gastriques chez des hystériques et qu'on attribuait à l'hystérie, mais toujours ou presque toujours on pouvait supposer une lésion non douloureuse dissimulée derrière, expliquant cette hémorrhagie. C'était la première fois que je me trouvais en présence d'hémorrhagies que, en dehors de toute autre cause et vu les circonstances où elles se produisaient, j'étais obligé de rattacher à l'hystérie. Car à quoi pouvais-je attribuer cet épistaxis? Sont-ce des troubles émotifs? Cette malade, comme la généralité des femmes de campagne, n'avait aucune frayeur de l'orage.

Donc pas d'émotions par crainte de l'orage, pas d'émotions par crainte de l'épistaxis à venir dont elle savait le peu de gravité.

Est-ce qu'il y avait supercherie? J'y devais songer. Aussi redoublais-je de prudence, de défiance vis à vis de cette malade. Quand je prévoyais un orage, j'allais aussitôt chez elle où la faisais venir chez moi (c'était une proche voisine à moi), j'examinais si par un traumatisme, une érosion quelconque de la muqueuse, elle ne provoquait pas elle-même cette hémorrhagie. Or, jamais je n'ai pu découvrir la fraude. J'affirme que la fraude n'existait pas.

Il y a une lacune dans cette observation, lacune qu'il était d'ailleurs impossible de combler, je la signale en passant. La malade saignait-elle du nez parfois dans l'intervalle des orages? La malade dit : Non ; la famille dit : Non. Tous sont très affirmatifs sur ce point. Mais je ne puis m'appuyer que sur les attestations de la malade et de la famille. Est-ce suffisant? Evidemment non. Aussi je veux bien admettre (ce que l'on nie pourtant) que la malade ait eu quelques épistaxis en dehors des orages, le seul fait que tout orage soit toujours accompagné d'épistaxis me paraît suffisant pour conclure : Que ce phénomène qui présente ainsi un

caractère de périodicité prévue, indiquée d'avance par la malade, avec circonstances bien déterminées, bien prévues également par la malade, ce phénomène doit être rattaché à l'hystérie. Aucune maladie, en dehors de l'hystérie, ne présente un tel caractère.

Enfin, j'arrive au troisième cas. Celui-ci est plus intéressant et plus complexe. Ici, il ne s'agit pas seulement de troubles vaso-moteurs, on trouvera également des troubles cardiaques sur lesquels j'appellerai particulièrement votre attentiont

Une femme de 32 ans, qui jusque-là avait toujours joui d'une excellente santé fait une pneumonie grave, elle en guérit et rentre en convalescence, lorsque je reçois un télégramme ainsi libellé : « Belle-sœur à l'agonie, venez ». A la réception d'un pareil télégramme, annonce d'une mort certaine, sinon effectuée, je prends mes habits de deuil et je pars. Quand j'arrive je vis les cierges allumés, la famille à genoux, récitant les prières des agonisants et dans le lit une malade au visage de cire, le masque immobile, la physionomie inerte, sans expression, visage exsanguë, la peau froide ; c'était l'image de la mort. Quel était l'état du pouls ? Le pouls était extrêmement petit, extrêmement lent, extrêmement irrégulier avec des arrêts d'une telle durée que, par instants, on a cru que le cœur avait cessé de battre tellement qu'à un moment donné, la religieuse qui veillait, chercha les habits pour procéder à la derniere toilette.

Quel était le diagnostic des confrères? Les uns disaient : Embolie et myocardite ; les autres disaient : Myocardite et urémie. Certains, enfin, ne savaient pas de quoi la malade mourait, mais ce que tous savaient ou croyaient savoir, c'est qu'elle mourait.

Pourquoi en face d'un spectacle si impressionnant, en face de diagnostics et pronostics non moins impressionnants, ai-je eu aussitôt une impression absolument différente, ai-je pensé à l'hystérie, à un drame de l'hystérie?

Je dois déclarer que c'est bien plutôt sur des signes négatifs que sur des signes positifs que je me suis appuyé pour poser mon diagnostic. Le résultat du traitement vint d'ailleurs le confirmer.

Par un commandement très impératif, je fais sortir instantanément la malade de son coma. « Vous devez avoir froid » me dit-elle. Ce fut sa première parole. Le drame était terminé, le soir on sablait le champagne et le lendemain, je repartais avec des habits de deuil qui ne m'avaient pas servi. La physionomie de la malade s'était éclairée, cette peau de la face froide et d'une pâleur de mort avait repris sa sensibilité et sa coloration normale, et cela, aussitôt la malade sortie de son coma. De même, le pouls qui était pendant le coma extrêmement petit, devient fort, le pouls qui était extrêmement lent passe instantanément de 40 à 60/65. Enfin le pouls qui était extrêmement irrégulier, avec des arrêts dont j'ai indiqué la très longue durée devient d'une régularité parfaite. Et ces modifications si radicales ne se sont pas produites une heure, deux heures après mon commandement, mais aussitot mon commandement, en même temps que la malade sortait de son coma.

Le cas parut tellement étrange au Maître à qui je le décrivais qu'il n'eut pas d'autres arguments à m'opposer que celui-là : « *Tout cela est tellement extraordinaire que, n'ayant pas vu, j'ai le regret de dire que je n'y crois pas.* »

En face d'un pareil argument si peu charitable et craignant que le même argument me soit opposé par lui le lendemain à la séance de la Société de Neurologie du mois d'avril, je prends aussitôt le parti de me taire, préférant renvoyer ma communication à une date ultérieure, c'est-à-dire à aujourd'hui pour pouvoir me procurer d'ici là les témoignages des médecins traitants, des médecins qui avaient vu en même temps que moi la malade, car j'espérais qu'on ne pourrait plus, en face du témoignage, non pas d'un seul médecin, mais de 3 ou 4 médecins, jouer les Saint-Thomas.

Je les ai là ces témoignages. Ils ne font que reproduire très fidèlement les détails que je viens de donner. « Je me suis trompé grossièrement, dit l'un en terminant, j'avais cru, en présence de ce coma, en présence de ces désordres cardiaques si accentués, à des lésions organiques, j'avais cru à une embolie et à de la myocardite, suite de pneumonie infectieuse, la disparition totale et instantanée, sous le com-

mandement, sous la suggestion pratiquée par le Dr Terrien, de tous les phénomènes comateux et cardiaques, m'a démontré d'une façon très nette que nous n'avions en face de nous que de l'hystérie, que des phénomènes hystériques. »

Un autre, le Dr Loréal, qui pendant dix jours ne quitta pour ainsi dire pas la malade, déclare d'une façon non moins catégorique qu'il avait cru à de la myocardite et à de l'urémie, qu'il avait annoncé la mort comme certaine et devant se produire à très brève échéance et qu'il dut avouer son erreur de diagnostic en présence des résultats immédiats obtenus par suggestion. Tous les phénomènes qui avaient tant troublé les médecins s'étant évanouis comme par enchantement, c'était la guérison complète, radicale, alors qu'un quart d'heure auparavant on faisait la veillée de la mort. Je ne ferais que me répéter si je vous lisais les autres rapports, ils concluent tous de la même façon : Troubles vaso-moteurs de la face, perturbations cardiaques s'effaçant instantanément sous le commandement et il faudrait que ce fût une singulière coïncidence si cette cessation brusque des phénomènes ne se rattachait pas au commandement.

Donc, quand Babinski nous déclare que l'hystérie ne peut pas produire de troubles vaso-moteurs, ni de troubles cardiaques, je dis qu'à mon sens, il fait erreur, puisque les faits viennent là contredire nettement sa thèse.

J'ai dit à Genève et je le répèterai ici : J'admets que les phénomènes hystériques ont pu, pour la plupart, être reproduits par suggestion et effacés par persuasion. Mais Babinski va plus loin, il dit : « Tout phénomène qui n'a pas pu être reproduit et effacé par suggestion n'est pas, ne peut pas être un phénomène hystérique. Eh bien, je crois qu'il se trompe. Vous savez tous en effet qu'il existe des degrés dans la facilité de reproduction des phénomènes de l'hystérie. La cécité et la surdité, par exemple, seront plus difficiles à provoquer par suggestion que la paralysie et la contracture ; les troubles vaso-moteurs seront plus difficiles à provoquer que la surdité et la cécité, à plus forte raison que la paralysie et la contracture. Pour les obtenir sous le commandement il faut des sujets extrêmement impressionnables,

extrêmement sensibles à la suggestion, tellement sensibles à la suggestion que la science ne nous fournit jusqu'ici peu d'exemples où ces troubles vaso-moteurs aient été reproduits. Mais cela tient à ce que l'on n'a pas trouvé de sujets assez sensibles. Babinski dit qu'on n'en trouvera jamais. Il a tort de prononcer le mot : jamais, puisque j'ai pu, ainsi qu'on l'a vu dans la première observation, déterminer des crises de syncope locale de la main, crises atténuées, mais crises réelles néanmoins ; donc, j'ai obtenu des troubles vaso-moteurs. Mais quand bien même je ne les aurais pas obtenus, ces troubles, je ne me serais pas cru autorisé à dire que jamais je n'aurais pu les provoquer par suggestion.

Mais, me direz-vous, quelles limites donnerez-vous donc à l'hystérie? Sur quoi vous appuierez-vous pour dire qu'un phénomène qui n'a pas pu être reproduit et effacé par suggestion est un phénomène hystérique ?

Je dis qu'un phénomène est hystérique, bien que ne répondant pas encore jusque là aux conditions exigées par Babinski : 1° quand ce phénomène présentera un caractère de périodocité prévue, indiquée d'avance par le malade, avec circonstances bien déterminées, également indiquées d'avance par le malade, tel le cas d'épistaxis survenant à tous les orages et indiqué par la malade comme devant se produire à tous les orages, tel le cas que j'ai cité à Genève, de fièvre survenant à chaque nouvelle lune et annoncée d'avance par la malade comme devant se produire à chaque nouvelle lune. Trouvez-moi, en effet, en dehors de l'hystérie, une affection présentant un pareil caractère, j'attends qu'on me la nomme.

2° Je dis également qu'un phénomène est hystérique bien que ne présentant pas le caractère exigé par Babinski, lorsque ce phénomène s'efface instantanément sous le commandement, alors surtout qu'il est bien établi que cette cessation subite du phénomène sous le commandement n'est pas le résultat d'une simple coïncidence, mais qu'il existe une relation de cause à effet entre la suggestion et la disparition subite du phénomène.

Comme dans les observations que j'ai présentées, les troubles

vaso-moteurs et les troubles cardiaques se présentent avec les caractères que je viens d'énoncer, ces troubles vaso-moteurs et ces troubles cardiaques doivent donc être rattachés à l'hystérie.

L'hystérie peut ainsi produire des troubles vaso-moteurs et des troubles cardiaques. C'est là la thèse que je voulais prouver.

Le Signe de Jellineck dans le Syndrôme de Basedow, par Paul SAINTON.

Les troubles de la pigmentation cutanée chez les Basedowiens sont connus depuis longtemps et signalés dans les classiques. Il s'agit le plus souvent d'une pigmentation uniforme, que l'on a comparée à celle de la maladie d'Addison, si bien que certains, tels que Boinet (1), Moutard-Martin et Malloisel, admettent la coïncidence des deux affections.

Parfois cette pigmentation, au lieu d'être uniforme, se présente sous forme de plaques plus ou moins étendues. Il est une localisation des plaques dont il n'est point fait mention dans les classiques et sur laquelle Jellineck, le premier, a attiré l'attention : c'est la *localisation périorbitaire*. Mœbius, dans son article magistral du traité de Nothnagel, parle de cernure et de brunissement des régions périorbitaires, mais sans y insister. Jellineck (2), dans un travail fait en collaboration avec Rosin, sur l'état du sang dans le syndrôme de Basedow, parle de la teinte brune que prennent les paupières chez certains sujets ; il ne semble pas, à cette époque, lui attribuer une importance spéciale. Mais en 1904 il revient sur le même phénomène et montre l'importance qu'il y attache en le décrivant

(1) BOINET : L'*Addisonnisme*. Archives Générales de Médecine, 13 septembre 1904.

MOUTARD, MARTIN et MALLOISEL : *Sur un cas de maladie de Basedow avec Syndrome addisonnien*. Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 17 décembre 1903.

(2) M.-S. JELLINECK. *Un symptôme non encore signalé de la Maladie de Basedow*. Wiener Klinische Wochenschrift, 27 octobre 1904.

sous le titre de « *Symptôme non encore signalé dans la maladie de Basedow* ». C'est pour lui un *signe de début, mais c'est un signe presque constant* ; la pigmentation brunâtre des paupières est diffuse et étendue à toute la surface des téguments palpébraux ; mais elle est beaucoup plus intense au niveau de la paupière supérieure. Limitée en haut par les sourcils, elle s'arrête en bas au niveau du bord inférieur de l'orbite et n'intéresse nullement la conjonctive.

Teillais (de Nantes), au Congrès pour l'Avancement des Sciences (1), rappelle que, dès 1895, il a observé, sans l'avoir publié, un cas analogue ; il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années chez laquelle l'exophtalmie était très prononcée; la coloration foncée des paupières tranchait « sur l'ensemble de la face d'une pâleur livide. Ainsi entourés d'un cercle brunâtre, on eût dit que les globes oculaires émergeaient d'une cavité profonde. » Chez une autre malade, à peu près du même âge, cet ophtalmologiste fit la même remarque ; la pigmentation insolite mit six mois à disparaître. Il semble admettre une relation entre la teneur du sang en fer et la pigmentation. Schrœtter rattache cette pigmentation à des troubles dysthyroïdiens.

Depuis les mémoires de Jellineck et Teillais, personne n'a parlé de la pigmentation périorbitaire.

Depuis cinq ans, nous avons recherché systématiquement ce signe dans le syndrôme de Basedow, et nous ne l'avons trouvé que sur cinq malades sur trente-deux cas observés, soit dans quinze pour cent environ. Ce n'est donc pas un symptôme fréquent. Il nous paraît intéressant de résumer rapidement quelles sont les conditions dans lesquelles nous l'avons observé ; elles peuvent nous éclairer sur sa pathogénie.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 34 ans, chez laquelle le goître exophtalmique apparut à la suite d'une émotion. L'exophtalmie n'était pas très marquée, le pouls était à 100, le tremblement était léger, le goître était à peine esquissé ; la malade était très brune, mais il existait des zônes où la pigmentation était noirâtre. Il en était ainsi au niveau

(1) Teillais : *Nouveau symptôme oculaire de la Maladie de Basedow.* Congrès pour l'avancement des Sciences, Nantes, 1905.

de l'angle interne et externe de l'œil, de la paupière inférieure et de la paupière supérieure. Les éléments pigmentaires consistaient en taches très brunes des dimensions d'une lentille et en papules saillantes fortement pigmentées. Le reste de la face était indemne, mais par contre il existait des plaques pigmentaires plus étendues, occupant le cou, les régions des plis de flexion du bras, le pli du coude, le creux de l'aisselle ; aux membres inférieurs, elles existaient au creux inguinal et au pli du jarret.

Le deuxième sujet était une femme de 15 ans, originaire d'Italie, mère de 12 enfants, atteinte d'un goître exophtalmique ayant sommeillé pendant très longtemps sans provoquer de troubles ; depuis un an, la maladie s'était aggravée progressivement ; au moment de notre examen, la tachycardie était extrême, le pouls était à 162, la maladie évoluait au grand complet, si bien que la malade fut emportée en un mois par une *véritable poussée suraiguë de thyroïdisme*. Elle présentait des plaques pigmentaires localisées à la paupière inférieure, empiétant sur la paupière supérieure, mais n'existant pas en d'autres points du tégument.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une femme de 16 ans, atteinte de forme grave de goître exophtalmique avec cachexie profonde, la coloration brunâtre uniforme était localisée à la paupière supérieure ; la paupière inférieure n'était pigmentée que dans sa partie interne.

Chez la quatrième malade, le phénomène était à peine marqué ; la pigmentation n'était qu'un degré plus accentué de *cernure*, elle était uniforme ; il s'agissait d'ailleurs d'un syndrôme basedowien léger, quoique complet. La pigmentation diminua au bout de six ans.

Enfin, notre cinquième malade est une jeune femme de 28 ans, atteinte de forme lente avec crises d'amaigrissement ; les plaques périorbitaires occupent les paupières inférieures et supérieures, empiétant même légèrement sur la région frontale.

La pigmentation existait chez ces malades, qu'elles fussent de teinte brune ou de teinte blonde.

Nous n'avons jamais rencontré ce symptôme chez les hommes que nous avons examinés et qui sont au nombre

de six, de sorte que nous nous demandons s'il ne se rencontre pas plus spécialement dans le sexe féminin.

Ce signe, qui mérite d'être *appelé signe de Jellineck,* est donc beaucoup plus fréquent dans le sexe féminin; il se rencontre souvent au début de la maladie, peut disparaître, mais peut aussi persister pendant très longtemps ; il est plus marqué dans les formes sévères que dans les formes légères.

A quoi doit-on l'attribuer ? Dans un petit article paru dans la Chronique médicale et reproduit dans ses études sur le corps thyroïde, Léopold Lévi (1) pense que la bouffissure des paupières est d'origine thyroïdienne. « Pour le reste du cerné, dit-il, la pigmentation par exemple, y a-t-il lieu de faire intervenir une dysfonction surrénale ou sympathique. Je ne préciserai pas, puisque cette question de la pigmentation est en discussion. »

En ce qui concerne le signe de Jellineck, il nous semble particulièrement intéressant de retenir notre première observation : notre malade avait de la pigmentation généralisée aux plis articulaires, elle n'avait pas plus que les autres, d'ailleurs, de plaques pigmentaires sur les muqueuses : il ne saurait donc s'agir de maladie d'Addison, il n'existait d'ailleurs pas d'autre symptôme d'Addisonnien.

Il nous parait cependant difficile de nier une intervention de la fonction surrénalo-sympathique dans un cas de ce genre. Ce trouble pigmentaire est-il dû à un retentissement de la fonction thyroïdienne sur le système surrénalo-sympathique. Cette hypothèse nous parait très vraisemblable, parce qu,il se montre précisément au moment où l'hyperthyroïdie s'établit ou dans les cas où elle est à son maximum ; il parait s'atténuer dans les formes légères et en voie d'amélioration. Le signe de Jellineck apparait donc comme la traduction d'une réaction surréno-sympathique se produisant à la suite du trouble profond de la fonction thyroïdienne.

Comment expliquer la localisation pigmentaire périorbitaire ? Il ne faut pas oublier que la région périorbitaire est

(1) Léopold Lévi et Henri de Rotschild : *Études sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse*, p. 329.

un lieu de prédilection pour certaines manifestations pigmentaires : masque des femmes enceintes, xanthélasma, et que, comme aux plis articulaires, les réactions pigmentaires y sont plus violentes et plus précoces.

L'Etat des Pupilles dans le Syndrôme de Basedow

par Paul Sainton.

A propos d'une malade atteinte d'inégalité pupillaire temporaire à bascule, nous avons déjà, en collaboration avec le Docteur Rathery (1), montré de quelle importance était la constatation des troubles pupillaires dans le syndrome de Basedow. Notre statistique portait sur230 cas; depuis, sous notre inspiration, notre élève Hartmann a fait des recherches bibliographiques beaucoup plus étendues et joignant à notre statistique des cas personnels, a pu dépouiller 119 observations (2). Les conclusions auxquelles il est arrivé, est que dans le syndrôme de Basedow, *les pupilles sont ordinairement égales des deux cotés, soit dans une proportion de* 86/100 des cas, elles sont *dilatées symétriquement dans* 7/100 des cas, elles sont *rétrécies dans* 2/100, *inégales* dans 4/100. Dans 2 *observations* il y eut *d'abord dilatation des pupilles, puis rétrécissement.* Dans notre observation unique prise avec la collaboration de M. le Dr Poulard, ophtalmologiste des hôpitaux, les pupilles dilatées le 25 février, étaient en mydriase modérée, mais inégales le 21 avril, le gauche était plus grande que la droite ; le lendemain, la plus grande pupille était à droite et non plus à gauche ; enfin le 8 juin, les pupilles étaient dilatées mais égales.

Dans sa statistique, Hartmann a compté, comme normaux, tout en faisant des réserves, les cas dans lesquels l'état des pupilles n'était pas signalé. Il y a là évidemment une inter-

(1) Sainton et Rathery. — *Troubles pupillaires et inégalité pupillaire temporaire à bascule dans le Syndrôme de Basedow.* — *L'Encéphale* N° 7. Juillet 1908.

(2) Hartmann. — *L'état de la pupille dans le Syndrôme de Basedow. Thèse de Paris, 1908.*

prétation fort discutable, mais il n'en reste pas moins évident que l'inégalité pupillaire est rarement observée dans le syndrôme de Basedow.

Récemment, M. Cantonnet (1) rappelant nos travaux antérieurs, apporte une statistique dans laquelle il trouve l'inégalité pupillaire beaucoup plus fréquemment que la plupart des observateurs. Il indique que pour la déceler, il examine les malades à la chambre noire, il s'éclaire avec un miroir plan et par ce procédé il aurait constaté que sur 18 malades, 6 avaient de l'inégalité pupillaire à un éclairage très faible. sur les 12 autres malades, 8 n'ont présenté cette inégalité pupillaire qu'après instillation de cocaïne à 4 °/₀ dans les 2 yeux. Chez 4 sujets, les résultats ont varié suivant la date de l'examen. Pour Cantonnet, ce procédé est extrêmement sensible.

Surpris de l'opposition qu'il y avait entre la statistique de M. Cantonnet et la nôtre, nous avons revu différentes observations, prises au point de vue ophtalmologique par le Dr Poulard ; il examine toujours ses sujets dans la chambre noire et avec les précautions analogues, comme en témoignent lés schémas qu'il prend au moment de l'observation. Sur 6 cas, nous n'en trouvons qu'un où les pupilles étaient inégales.

Si nous comparons ces résultats, nous voyons que Cantonnet sur 18 malades, en trouve 6 ayant de la mydriase à l'examen à la chambre noire, c'est-à-dire dans 1/3 des cas, tandis que nous n'en trouvons que dans une proportion moitié moindre.

Sans vouloir entrer dans une discussion qui rentre dans le domaine de la technique ophtalmologique, il nous semble que la recherche de l'inégalité pupillaire par les procédés ordinaires suffit à des résultats vraiment cliniques et qu'il peut être dangereux de rechercher des différences révélées seulement par des procédés trop sensibles. Il y a donc lieu, comme nous l'avons demandé dans notre travail, de réviser entièrement cette question.

Sous quelle influence se produit l'inégalité pupillaire ? S'agit-il d'un phénomène de compression ? Est-elle en rela-

(1) Cantonnet. — *L'inégalité pupillaire latente chez les Basedowiens. Société de Neurologie*. 1er Juillet 1909.

tion avec l'hypertrophie thyroïdienne? Le fait est possible, mais il devient difficile d'interpréter des cas comme ceux de l'inégalité pupillaire à bascule ; d'autre part, il n'y a pas de parallélisme entre l'exophtalmie et le dilatation pupillaire.

L'hypothèse d'une action du poison thyroïdien secrété en excès sur les fibres iriennes du sympathique nous paraît devoir être soulevée pour expliquer des faits où l'inégalité pupillaire devient à bascule, une théorie mécanique étant absolument insuffisante à les expliquer.

Nous nous sommes demandé si, comme le produit d'autres sécrétions glandulaires, le suc hypophysaire par exemple, le suc thyroïdien pouvait agir directement sur la pupille.

Nous avons institué a ce sujet une série d'expériences avec la collaboration du Dr Poulard. Nous avons instillé dans des yeux de lapin du suc thyroïdien et du suc parathyroïdien recueilli sur la glande fraîche directement, nous n'avons obtenu aucun résultat certain, malgré une observation prolongée ; nous nous sommes servis d'extrait thyroïdien, qu'a bien voulu nous fournir M. Carrion, nous n'avons remarqué aucune action précise sur la pupille. Les mêmes résultats négatifs ont été constatés sur des yeux de grenouille, quoique ceux-ci soient restés vingt-quatre heures en contact avec l'extrait thyroïdien.

La pathogénie des troubles pupillaires paraît donc difficile à établir actuellement ; mais il est indispensable d'être fixé sur la fréquence des troubles pupillaires dans le syndrome de Basedow. C'est surtout à attirer l'attention sur ce point que vise cette communication ; il importe que l'examen de l'état pupillaire soit fait sur une très grande quantité de malades par un grand nombre d'observateurs compétents et par des procédés analogues. Il ne s'agit pas en effet de la recherche banale d'une curiosité clinique, mais de l'éclaircissement d'un fait qui est intimement lié à la pathogénie du syndrôme de Basedow lui-même.

Simulation de la folie et Dégénérescence mentale
par les docteurs Baruk et Levassort.

L'immunité pénale accordée par la loi à l'aliéné, a fréquemment incité les inculpés à se parer du masque de la folie, afin de s'assurer le bénéfice de cette situation et d'échapper à la responsabilité de leurs actes. Aussi le premier devoir du médecin-expert est-il de rechercher la réalité de la nature morbide des manifestations au sujet desquelles la justice lui demande son avis.

Cette recherche, capitale d'intérêt, nécessite toujours un examen minutieux et prolongé tant des faits simulés, que du passé de l'inculpé, de ses antécédents héréditaires.

En effet, longtemps considérée comme étrangère aux manifestations pathologiques de l'état psychique, la simulation de la folie est entrée maintenant dans le domaine de la pathologie mentale. De même que la mythomanie, on doit la considérer comme pouvant être la traduction d'un état mental morbide : toutefois, il faut se garder de trop généraliser, et s'il est vrai que l'existence des aliénés simulateurs est admise sans discussion, on ne saurait, sous peine de commettre de regrettables erreurs, faire de tout simulateur un aliéné. L'aphorisme de Lasègue : « On ne simule bien que ce qu'on a », si séduisant par sa forme paradoxale, doit être ramené, pour être vrai, à une forme moins absolue : On n'a pas tout ce qu'on simule. La mythomanie morbide n'a pas remplacé le mensonge ; la simulation morbide n'a pas empêché l'observation d'une simulation en tous points semblable à la première, mais à laquelle manque, pour appartenir à la pathologie mentale, d'avoir évolué sur un « terrain névropathique ».

En l'absence d'éléments de différenciation puisés dans l'analyse des faits eux-mêmes, c'est dans l'étude de la constitution psychique de l'inculpé que l'expert pourra recueillir les indices qui lui permettront d'établir son opinion. Il appréciera la valeur psycho-morale de l'individu en analysant tous ses modes d'activité cérébrale, en examinant sa vie antérieure, en recherchant enfin son passé ancestral.

L'observation ainsi conduite révèle, dans nombre de cas, une singulière alliance entre la vérité et le mensonge ; tout n'est pas simulé chez bien des simulateurs. Dans leur turbulence intentionnelle, dans leurs emportements prémédités, il n'y a souvent que la simple exagération d'une excitabilité quelque peu maladive.

L'instabilité mentale, le déséquilibre psycho-moral, le caractère impulsif des déterminations et enfin la tendance à la tromperie ne sont point spéciaux à l'hystérique : on les rencontre également chez les dégénérés-héréditaires. Le dégénéré, etre complexe, oblige l'expert à dresser un partage entre le faux et le réel. C'est tout un travail d'enquête psychologique et de minutieuse analyse de déterminer, au milieu de ce mélange de vérité et de mensonge, la part qui revient à la personnalité morale du sujet. « La tache du médecin-légiste, dit Paul Garnier, est souvent fort délicate, et nécessite une observation attentive et prolongée pour dégager de leur état de combinaison artificielle la fantaisie et la réalité. »

Le problème est d'autant plus délicat que la dégénérescence ne se manifeste pas en privant de raison sa victime. Il s'agit ordinairement d'un déséquilibré dont la situation psycho-morale peut faire l'objet d'une discussion ou d'un doute dans la détermination de la responsabilité pénale.

Tel est le cas dans lequel nous fumes appelés a fournir a la Cour d'assises un rapport médico-légal au sujet d'un individu dont l'histoire extrêmement complexe et diversement appréciée par de nombreux experts, nous paraît appartenir à celle des dégénérés simulateurs.

Vols qualifiés. — Récidiviste relèguable. — Nombreux emprisonnements et internements antérieurs. — Simulation de la folie. — Dégénérescence mentale. — Responsabilité atténuée. Condamnation.

L'acte imputé à D. est le vol d'un cheval et d'une voiture, découvert dans les circonstances suivantes : Dans la nuit du 25 au 26 mars 1908, étaient simultanément dérobés une voiture et des harnais appartenant respectivement à Mme Vve C. et

à M. Desj. habitant la commune de la Mesnière (Orne), et une jument appartenant à un sieur C..., de Coulimer (Orne). Le 1er avril suivant, on retrouva l'équipage à Saint-Ouen-en-Belin (Sarthe). La jument, qui avait été confiée à un hongreur, était morte de fourbure.

L'enquête permit d'établir que le voleur n'était autre qu'un nommé D., connu sous le nom de Duchesne, qui fut arrêté le 7 avril, au moment où il venait reprendre son équipage.

D. ayant été, à plusieurs reprises, interné dans des asiles d'aliénés, une expertise médico-légale fut décidée au cours de l'instruction et confiée au docteur Bourdin, médecin en chef de l'Asile du Mans.

L'expert rédigea un rapport très documenté qui se terminait par les conclusions suivantes :

1° D. est un dégénéré héréditaire, ayant ait autrefois des excès alcooliques, dont les accidents cérébraux d'origine éthylique ont disparu complètement.

2° Il ne présente aujourd'hui aucun signe de psychose ou d'une autre forme déterminée d'aliénation mentale.

3° Il ne peut donc être *déclaré irresponsable* ; mais en raison de ses antécédents héréditaires et personnels, d'un certain degré d'affaiblissement des facultés intellectuelles, sa responsabilité doit être considérée comme *atténuée.*

4° D. reste dangereux pour l'ordre public, en ce sens que les actes délictueux qui lui sont reprochés se reproduiront encore vraisemblablement, s'il est remis en liberté. On ne relève cependant dans sa mentalité actuelle, non plus que dans son passé, aucune tendance agressive contre les personnes.

5° La véritable place de D. serait dans un asile spécial ; à défaut duquel il pourrait être placé dans un asile ordinaire, s'il n'était à craindre que son internement ne soulevât des difficultés administratives en raison des multiples évasions de D.

6° Etant donné son état mental actuel, D. *appartient plutôt à la justice.*

En présence de ces conclusions, reproduites dans sa déposition orale par le Dr Bourdin, la Cour d'Assises, sur la

demande du défenseur de l'accusé, ordonna un nouvel examen mental qui nous fut confié.

L'acte aujourd'hui reproché à D... n'est pas le premier. L'accusé est un habitué du genre : il a déjà commis de nombreux vols de chevaux et de voitures. Après chaque arrestation, un examen médical est ordonné et D... est placé dans un Asile. Il n'a alors qu'un objectif : l'évasion, qu'il réussit généralement plus ou moins vite. Un grand nombre de rapports médicaux ont déjà été faits sur son compte. Trois d'entre eux, et non des moins importants, semble-t-il, portent la signature du Dr Bourdin, seul ou en collaboration avec d'autres confrères. Nous y avons puisé plus d'un renseignement intéressant.

D... est né à Riaillé (Loire-Inférieure), le 11 juin 1851. Il est donc agé, aujourd'hui, de 51 ans. Ses antécédents héréditaires sont assez chargés.

Son père, mort à 76 ans était un alcoolique et s'enivrait fréquemment. Sa mère serait morte jeune de tuberculose pulmonaire. Le grand-pere paternel serait mort à l'Asile Saint-Jacques à Nantes. Une tante maternelle serait également morte aliénée ; enfin, un cousin-germain aurait éga ement présenté des troubles mentaux passagers. D... aurait encore deux sœurs vivantes et bien portantes.

Les antécédents personnels comme les antécédents héréditaires ne nous sont connus que par les rapports précédents. On sait peu de chose de son enfance, sinon qu'elle a été malheureuse, sa belle-mère le rouant de coups et lui donnant peu à manger. Il ne paraît pas avoir présenté de convulsions ; du moins les renseignements sont muets sur ce point. Il prétend, par contre, avoir uriné au lit jusqu'à l'âge de 15 ou 16 ans. Ce renseignement donné par l'inculpé et qui ne figure pas sur les rapports antérieurs, doit être accueilli avec une certaine réserve. D... aurait eu la rougeole à un age indéterminé, des fièvres intermittentes à 14 ans, une fièvre typhoïde à 22 ans, une bronchite, une pleuresie, et deux érysipèles dont l'un amena une alopecie complete et transitoire. Etant jeune homme il contracte une blennor-

rhagie, mais pas de syphilis. Il parait avoir fait de nombreux excès alcooliques. Enfin, il est question d'un traumatisme crânien que le prévenu aurait subi dans son enfance.

Autrement compliquée et intéressante pour nous est l'histoire de sa vie dans ses manifestations intellectuelles et morales.

Malheureux avec sa belle-mère, il quitte de bonne heure la maison paternelle pour aller vivre chez une tante, institutrice à B..., arrondissement d'Ancenis. Il fréquente l'école jusqu'à l'âge de 12 ans, puis est mis en apprentissage comme garçon boucher, mais change fréquemment de place. Sa tante l'aide a s'installer comme boucher et il commença par avoir une assez belle clientèle. C'est alors qu'il s'en va faire son service militaire au 11e dragons, à Valenciennes. Il fut réformé pour bronchite, dit-il, mais, en réalité, en irritant une plaie qu'il avait au coté gauche de la poitrine.

Il reprit alors son métier de boucher ; mais ayant soumissionné pour la fourniture du Lycée de Nantes, et ayant livré de la mauvaise marchandise, il perdit sa clientèle et dut vendre son fonds. Il exerça alors différents métiers : hongreur, marchand de chevaux, etc. et commença une vie d'aventures parsemée d'une série de condamnations d'abord, d'internement ensuite ; tous ces faits ont été racontés en détail dans les autres rapports ; nous nous contenterons de les mentionner brièvement.

La 1re condamnation date de 1876 et n'a été que de 16 francs d'amende. Il avait frappé au visage le vicaire de C... qui lui reprochait de débaucher les jeunes filles. Bien qu'elle soit la plus légère de toutes, D... en a conservé un souvenir vivace et elle parait, encore aujourd'hui, être l'origine de certaines de ses idées.

En 1877, il est poursuivi pour escroquerie et empoisonnement de bestiaux. Un complice faisait prendre aux animaux des liquides corrosifs qui leur brûlaient les lèvres et les naseaux. D... se présentait alors et les achetait à vil prix. Il attrapa 5 ans de prison ; mais s'étant montré insolent, et ayant proféré des outrages envers les magistrats, on lui octroya une année supplémentaire.

A peine libéré, il se fait condamner à Nantes, à 5 ans de prison, pour vol de chevaux. C'est à partir de ce moment qu'il va se spécialiser pour ainsi dire dans ce genre de délit, pour lequel il ne tarde pas à acquérir une certaine habileté.

Libéré le 4 décembre 1888, il s'associe avec deux autres repris de justice et commet en moins de deux mois, 9 vols qualifiés dans des circonstances particulièrement audacieuses. Il est alors condamné par la Cour d'Assises de la Mayenne, à 10 ans de réclusion et à la rélégation : dès la 1re année de son séjour a la maison centrale de Beaulieu, il donne des signes d'aliénation mentale et est envoyé au quartier spécial de Gaillon. Il est intéressant de rapporter les observations faites alors.

D'après les notes de Gaillon, mentionnees dans un des rapports du Dr Bourdin, D... présente surtout de l'insomnie, de l'irritabilité, de la violence du caractère, de mauvais rapports avec les gardiens. Invité à se mettre au lit, il répond que c'est impossible, car il a des bœufs ou des moutons à tuer pour le marché du lendemain. A diverses reprises il est signalé comme ayant passé la nuit entiere hors de son lit. Il est halluciné et présente des périodes d'excitation furieuse. En septembre 1893, il casse 4 carreaux de vitre à l'infirmerie ; mis en cellule il déchire sa camisole, brise un nouveau carreau, avale du verre et fait une tentative de suicide en se piquant une veine du bras droit.

De Gaillon, il est transporte à l'expiration de sa peine a l'Asile de Nantes, où il arrive le 22 mai 1898, accompagné du certificat suivant du Dr Collin :

» D... est atteint de débilité mentale avec mauvais instincts, impulsions violentes, périodes très frequentes d'excitation. D... est d'un caractère très irritable, ne peut supporter les moindres contrariétés et à l'Asile s'est battu très souvent avec ses co-détenus. Il présente des alternatives d'excitation et de dépression mélancolique, a fait plusieurs tentatives de suicide et a projeté une fois de mettre le feu au quartier. Il présente, en outre, des idées de persecution et de grandeur, etc. »

A Nantes, D... se montre plus calme, sa famille demande

sa sortie, mais ne l'obtint pas. Le malade s'évada alors le 11 juillet 1899, après un séjour de 14 mois environ.

Il ne profita pas longtemps de sa liberté et se fit arrêter peu après à Angers, toujours pour vol de chevaux, mais il fut relâché faute de preuves. Arrêté de nouveau à Laval, pour le même motif, il donna en prison des signes de dérangement cérébral qui le firent soumettre à un examen médical. A la suite de cet examen, il est interné à l'Asile de Mayenne, du 27 octobre au 4 décembre 1899. Il en sort par évasion.

Nous le retrouvons 4 mois après, le 11 avril 1900 à l'Asile Saint-Jacques, où il est revenu après un nouveau vol de chevaux et un nouvel examen mental. Il n'y reste cette fois que 2 mois et s'évade le 15 juin 1900.

En 1901, il est de nouveau arrêté, toujours pour vol de chevaux dans la Manche. Déclaré irresponsable, il est placé à l'Asile de Pontorson, le 24 juillet 1901, puis transféré au Mans (17 septembre).

Là, il tente sans succès une nouvelle évasion puis sort régulièrement le 6 septembre 1902, sur la demande de sa famille.

En décembre 1902, nouvelle arrestation au Mans, toujours pour vol de chevaux. Relâché, sans doute faute de preuves, D... se dirige vers la Belgique, mais il se fait arrêter à Amiens, en avril 1903, toujours sous la même inculpation. A la suite d'une ordonnance de non-lieu, il est interné à l'Asile du Mans en mai 1903. Transféré à l'Asile de Nantes, le 11 juin 1903, il s'en évade le 22 du même mois.

On retrouve sa trace, le 24 janvier 1904, époque à laquelle il est arrêté pour un vol de chevaux commis à Vitré. A la prison de Vitré, D... présente des accidents que nous trouvons décrits dans le rapport ci-dessous du Dr Rossignol, de Vitré :

« Pendant les premiers jours de sa détention (janvier 1904) il ne présente aucun symptôme frappant de dérangement cérébral. Il répondait bien aux questions, le tenue était convenable mais la parole était déjà traînante et embarrassée. Tremblement des mains d'origine alcoolique. Peu à peu, les nuits devinrent plus mauvaises, des hallucinations de la vue et de l'ouïe empêchèrent le sommeil.

A l'état de veille, D... se prétendait victime de machinations ourdies par le clergé ; on empoisonnait sa nourriture et pendant une huitaine, il refusa tous les aliments qui lui furent offerts. Il fut atteint d'hémiparésie du coté droit qui s'est améliorée dans une quinzaine de jours, mais la parole devint de plus en plus embarrassée.

Il est devenu incontinent, urine et défèque dans son lit sans s'en rendre compte ».

Malgré ce rapport qui concluait à de la paralysie générale d'origine alcoolique, l'internement ne fut pas ordonné. Le malade fut placé à l'hôpital de Vitré d'où il ne tarda pas à sortir, sur la demande de sa maîtresse qui était venue le chercher d'Angers (30 mai 1901).

Le 29 juin, il est arrêté de nouveau à Lavernat pour vol d'un cheval et d'une voiture. Conduit à la prison du Mans, il est soumis à l'observation du Dr Bourdin. Après une période d'observation qui a duré près de 2 mois, le Dr Bourdin remit le 24 septembre un rapport concluant que D... n'est point un aliéné, mais qu'il simule un délire complexe en vue d'éviter la relégation ; que sa responsabilité est par conséquent entière et qu'il ne doit pas être placé dans un Asile. C'était, de tous les examens médicaux auxquels avait été jusque-là soumis l'inculpé, le 1er qui n'ait pas abouti à des conclusions d'irresponsabilité.

Cependant, lors de ses deux premiers passages à Nantes, le Dr Biaute avait déjà soupçonné la simulation chez D... Il rejeta en fin de compte cette hypothèse pour un certain nombre de raisons dont 2 nous ont été rapportées : d'une part lorsqu'en 1889, aux assises de la Mayenne, l'avocat plaida la folie, D... aurait protesté, revendiquant hautement sa responsabilité ; d'autre part, à la prison, D... ne se serait pas prévalu de ses vomissements bien qu'ils fussent fréquents.

Toujours est-il qu'après le rapport du Dr Bourdin, D... fut maintenu à la prison du Mans où il continua à donner des signes de dérangement cérébral. Le 28 septembre, il fit même une tentative de suicide. Le Dr Legros, médecin de la prison, fit alors un certificat constatant qu'il est atteint de troubles mentaux à caractère mélancolique, que depuis

longtemps il trouble le repos de ses co-détenus la nuit ; qu'il a tenté de se suicider par pendaison, qu'il refuse toute nourriture et qu'il est impossible de le soigner à la prison.

En présence de l'opposition qui existait entre les conclusions des Dr Bourdin et Legros, une nouvelle expertise fut décidée. Ils en furent chargés tous les deux avec un troisième confrère du Mans, le Dr Boiteau. D... fut alors placé en observation à l'Asile du Mans. Il y entra le 9 octobre 1904 ; mais le 28 il s'en évadait. Cette évasion se fit avec une grande habileté. Le malade creusa un trou sous la porte de sa cellule, le traversa en emportant un drap, s'habilla avec le paquet de vêtements qu'on laissait le soir à sa porte, put ouvrir l'imposte de l'extrémité du couloir, y fixer le drap, le long duquel il se glissa à l'extérieur. Tout cela put être fait malgré la présence de 2 infirmiers dans une chambre très voisine de sa cellule.

Quelques jours après cette évasion, il était arrêté à Couesmes (Indre-et-Loire), toujours pour vol de chevaux et conduit à la prison de Saint-Calais. Il se présenta sous le nom de Dugué, mais fut bientôt reconnu. Un médecin de Saint-Calais, le Dr Gigon, qui eut alors à l'examiner, constata des idées de grandeur, de l'inégalité pupillaire, du tremblement des lèvres et de la langue, de l'embarras de la parole et conclut qu'il était atteint de paralysie générale. Réclamé par le parquet du Mans, il est ramené à l'Asile du Mans où il entre le 3 décembre 1904 et l'observation, un instant interrompue, peut reprendre son cours. Elle se prolonge durant 2 mois environ et se termine le 1er février 1905 par le dépôt d'un rapport très long et très documenté dont les conclusions diffèrent à la fois de celles du 1er rapport Bourdin comme de celles du Dr Legros.

D... est ici considéré comme un dégénéré héréditaire, avec symptômes d'hystérie, ancien alcoolique. Sa responsabilité est déclarée atténuée. Enfin, les experts craignent que les actes qui lui sont reprochés ne se reproduisent dès qu'il recouvrera la liberté ; mais ne disent pas ce qu'il faut en faire, s'il doit être condamné ou s'il doit être placé dans un Asile.

Dans ces conditions, une nouvelle expertise fut décidée

et confiée à 3 médecins d'Angers, les Drs Legludic, Petrucci et Jagot. Ceux-ci le déclarèrent atteint de folie héréditaire, en faisant un être irresponsable et nécessitant son internement.

Il entre, en effet, à l'Asile de Sainte-Gemmes, mais ne tarde pas à s'en évader. Son séjour alla du 10 juin au 22 juillet 1905.

Depuis sa sortie de Sainte-Gemmes, il fut encore interné 2 fois : à l'asile de Mayenne du 29 décembre 1905 au 13 août 1906, et au quartier d'hospice de Niort, du 30 octobre 1906 au 6 juin 1907.

Il entra dans ces deux asiles à la suite d'expertises médicales ordonnées au cours d'une instruction pour vol de chevaux. Il en sortit, toujours de la même façon, par évasion.

Il y avait à peine 9 mois qu'il était libre quand il a été arrêté pour la dernière fois.

Actuellement D... nous apparait sous l'aspect d'un homme fatigué et vieilli. Sa démarche chancelante, son air abattu, sa face pale, accentuent encore l'impression d'une santé profondément délabrée. Pour arriver jusqu'au cabinet d'interrogation, il semble faire de grands efforts, se traînant littéralement, soutenu par un co-détenu. Souvent, ses jambes fléchissent et il manque de tomber. Sa parole est lente, traînante, visiblement embarrassée.

Sa mémoire parait affaiblie au premier abord. Interrogé sur ses antécédents, il prétend ne rien savoir. Il ne sait pas de quoi est mort son père ni à quel age, ne peut rien préciser au sujet de ses frères et sœurs. Quand on lui parle de sa mère, il dit : « Je ne sais pas, j'étais tout petit ». Et se met à pleurer, parce que, dit-il, on lui en rappelle le souvenir. Cependant sur d'autres points sa mémoire parait excellente et quand on insiste, on obtient toujours la réponse précise, mais ce n'est pas sans peine. L'inculpé hésite très longuement, ferme les yeux, fait semblant de chercher dans ses souvenirs les plus lointains, mais finit, presque toujours, par trouver !

Invité à s'expliquer sur sa situation actuelle, il dit qu'il est en prison depuis le mois d'avril pour une jument qu'il a achetée au Mans à un gitane nommé Paul. Cette jument

avait été volée. Il l'a mise chez un hongreur et on l'a accusé de l'avoir volée. Il affirme son innocence et hausse le ton avec une énergie qui contraste singulièrement avec son apparente faiblesse. A tous nos interrogatoires, il s'est montré sous le même jour, irritable à l'excès. Dès qu'on le contredit, dès qu'on discute ses déclarations, il se fâche, nous lance des regards terribles, crie d'une voix forte et frappe avec violence son poing sur la table. Dans ces moments de colère, son embarras de la parole s'atténue sensiblement, mais sans disparaître d'une façon complète. Il esquive en général les questions indiscrètes et, quand on lui parle des actes qui lui sont reprochés, il répond d'une façon évasive. Il faut le ramener avec insistance sur le sujet et souvent il sort d'embarras par une crise de colère. « Pourquoi me questionner ainsi, dit-il? Je demande justice ; qu'on me coupe le cou tout de suite ». Cependant il ne nie pas systématiquement ; mais il prétend que certaines accusations sont fausses. « Je suis loin de dire que je suis honnête, déclare-t-il, puisque j'ai failli ; mais sapristi, on ne devrait pas regarder aux antécédents ».

Il exprime nettement des idées de persécution. C'est la cléricanaille qui lui en veut, on veut se débarrasser de lui. Cette idée délirante qu'on retrouve dès les premiers examens de D... n'a pas varié. Elle s'est seulement débarrassée de tout l'appareil d'hallucinations sensorielles et de troubles de la sensibilité générale qui l'accompagnait autrefois, et l'inculpé ne parle plus des courants magnéto-électriques, des visions terrifiantes, des monstres, des serpents, etc., que les curés lui faisaient voir. C'est toujours à son premier conflit avec le vicaire de Couffé qu'il fait remonter l'origine de ses persécutions. « Les cléricaux sont acharnés contre moi, dit-il, parce que j'en ai calotté un dans mon pays ».

A ses persécuteurs ordinaires qu'il a toujours englobés sous le vocable de cléricanaille, il joint les personnes qui le contrarient et qui varient, sans doute, selon les intérêts du moment. C'est actuellement le juge d'instruction de Mortagne et le Dr Bourdin. Ce dernier plus particulièrement. Le juge de Mortagne n'a pas fait venir les témoins à décharge parce

qu'il voulait le perdre. C'est une canaille, un vampire qui déterre les morts la nuit, et il s'irrite contre lui, criant : « Saloperie ! si vous saviez ce qu'il y a dans cette instruction ».

Quant au Dr Bourdin, il est l'objet d'une haine encore plus violente. Il en parle à chaque instant, le met dans toutes les discussions et le traite des épithètes les moins flatteuses. Il l'appelle le « Diafoirus du Mans ». Je l'ai vu bien de trop ce Boudin (sic), c'est un salop, un assassin, c'est un malfaiteur avec toute cette cléricanaille ; il m'a fait à moitié crever. C'est lui qui me fait vomir de la bile et est cause de mon mal d'estomac ».

D... ne parait avoir, au moment où il est soumis à notre examen, aucune hallucination ni illusion sensorielle. Sans doute, son sommeil est agité et on l'entend souvent crier et parler tout seul. En plein jour parfois, il est pris de colère et semble s'adresser à un interlocuteur. Mais il ne nous parait pas qu'il s'agisse là d'hallucinations à proprement parler. C'est sa manière de réagir contre ses vomissements et toutes les misères que lui fait la cléricanaille ; mais d'après ses explications mêmes, il ne parait à ces moments-là rien voir ni rien entendre d'extraordinaire.

Cependant à plusieurs reprises, comme nous l'interrogions sur certains détails de sa vie, il nous répondit en colère : « Vous savez bien tout cela, j'ai bien entendu le Diafoirus l'autre jour qui riait avec vous ». Il voulait parler du Dr Bourdin.

En dehors des quelques manifestations signalées ci-dessus et sur la valeur desquelles nous reviendrons, les facultés intellectuelles de D... ne paraissent pas autrement touchées. L'association des idées est normale et malgré l'embarras de la parole parfois très accusé, il n'existe aucune incohérence. La phrase est bien coordonnée et le raisonnement est parfois très serré.

Au cours de la procédure, il écrivit le 21 avril au juge d'instruction, protestant de son innocence, donnant comme preuve le fait d'être retourné chercher sa jument et demandant d'être mis en liberté pour retrouver le vrai voleur auquel il doit encore 200 francs. Cette lettre est écrite proprement et sans aucune tache. Les caractères sont bien formés,

nullement tremblés et à part quelques fautes d'orthographe, il n'existe aucune omission de syllabes ou de mots. La lettre est très cohérente et ne décèle aucune idée délirante. Il écrivit deux autres fois au juge d'instruction et ces deux autres lettres offrent des caractères identiques à ceux de la première.

Les caractères de l'écriture changent du tout au tout pendant la période où il est soumis à notre observation. A deux reprises différentes, il a tracé devant nous quelques lignes que nous joignons à ce rapport. On peut constater que les caractères y sont très mal formés, que les jambages présentent de multiples crochets, indice d'un tremblement fort accusé, qu'il y a des omissions de lettres et des fautes d'orthographe très grossières.

Sur la même feuille on trouvera une multiplication faite en notre présence, on constatera que le résultat est bon, mais l'opération a été laborieuse, quoique d'une façon inégale. Au début cela marche bien, après il hésite, semblant avoir oublié sa table de multiplication, et donnant des résultats fantaisistes. On l'arrête, il cherche plus ou moins longtemps et il finit toujours par trouver le bon chiffre. L'addition finale se fait lentement mais sans erreur.

Dans la sphère physique on constate comme nous l'avons déjà signalé une grande faiblesse générale. La démarche est chancelante, mais n'offre aucun caractère pathologique bien déterminé. D... porte au niveau de l'arcade sourcillère gauche une ecchymose résultant d'une chute qu'il a faite dans sa chambre quelques jours auparavant, mais sans perte de connaissance. « Mes jambes ont fléchi sous moi, dit-il ». L'examen de la force musculaire décèle un affaiblissement notable de la jambe droite, mais il n'existe pas d'atrophie musculaire localisée. Les réflexes tendineux sont difficiles à déterminer par suite de l'indocilité du sujet qui, tantôt réagit d'une façon exagérée, tantôt se contracte, au contraire, et empêche toute réaction. Il ne parait pas non plus y avoir de trépidation épileptoïde.

Nous ne remarquons pas de stigmates physiques bien nets de dégénérescence. La face nous parait symétrique, le crâne

est bien conforme, les oreilles bien ourlées avec un lobule adhérent, la voute palatine très légèrement ogivale. Les pupilles sont égales et les réflexes lumineux et accomodatifs sont conservés, quoique ce dernier soit diminué.

Il existe un tremblement très marqué des mains, plus accusé à droite qu'a gauche. La main gauche est notablement plus forte que la droite, mais sans amyotrophie.

Le corps, dans son ensemble, est très amaigri, et l'accusé, qui mesure 1 m. 655, ne pèse que 52 k. 300 le 25 novembre. Les clavicules et les omoplates font une saillie très prononcée.

La sensibilité tactile et douloureuse est complètement abolie sur tout le côté droit du corps. Elle est bien conservée à gauche.

Il existe sur la région pectorale droite une cicatrice radiée de 5 cm. de long sur 3 cm. de large, parallèle au sternum, et que l'inculpé attribue à un coup de couteau. Sur la crete tibiale gauche se voit une zône pigmentée assez large, trace probable d'ulcères variqueux anciens.

L'examen des organes thoraciques et abdominaux ne révèle aucune lésion importante. Cependant, depuis qu'il est à la prison d'Alençon, D. vomit tous les jours. Ces vomissements surviennent généralement peu de temps après les repas, ils sont en faible quantité et exclusivement composés de matières alimentaires fraîchement ingérées et non encore attaquées par les sucs digestifs. Tous les traitements tentés jusqu'aujourd'hui contre ces vomissements n'ont donné aucun résultat.

Si nous cherchons maintenant à résumer les constatations directes faites par nous au cours de l'examen de l'inculpé, tant au point de vue intellectuel qu'au point de vue somatique, nous dirons qu'il présente les principaux symptomes suivants : affaiblissement des facultés intellectuelles, idées délirantes de persécution, hallucinations de l'ouïe, embarras de la parole, hémiparésie et hémianesthésie droites, vomissements incoercibles. Ces divers symptômes ont-ils une existence réelle, peuvent-ils être individuellement considérés comme de nature pathologique ; rappellent-ils dans leur ensemble et leur groupement une entité morbide connue ?

Avant d'examiner ces deux questions, il est bon de remar-

quer que tous ces symptômes ne font leur apparition que lors que l'inculpé est arrêté. Dans ses périodes de liberté, il se comporte comme un homme normal, et aucun de ceux qui l'approchent ne s'aperçoit du moindre dérangement intellectuel.

Ceci dit, recherchons quelle valeur il faut attribuer à chacun des phénomènes observés. L'affaiblissement des facultés intellectuelles se traduit par une diminution de la mémoire. Cette amnésie se montre variable, selon le moment où on interroge l'inculpé et selon l'intérêt qu'il a à s'expliquer ou à garder le silence sur tel ou tel fait. De plus, presque toujours, quand on a insisté, on a obtenu une réponse précise sur des faits dont au premier abord il affirmait ne pas se souvenir. Cet état démentiel apparent nous paraît donc une création artificielle du sujet. Dans la démence ordinaire, même au début, il n'y a pas seulement une diminution plus ou moins marquée de la mémoire, il existe également un trouble dans l'association des idées, et les actes du sujet sont eux-mêmes empreints d'un cachet de puérilité plus ou moins manifeste. Ici, rien des emblable. Nous savons combien les discours de l'inculpé sont suivis, exempts de la moindre incohérence, comb en ses raisonnements sont serrés et ses moyens de défense intelligemment agencés. Quant à ses actes, peut-on raisonnablement considérer comme un dément un individu capable de déployer l'extraordinaire habileté dont il a fait preuve dans ses nombreux vols. Ses multiples évasions des différents asiles ne prouvent-elles pas l'intelligence et la ruse qu'il a dù chaque fois déployer. L'affaiblissement intellectuel de D. est donc un phénomène simulé.

Il en est incontestablement de même pour l'embarras de la parole, qui ne présente pas les caractères de celui de la paralysie générale. Ici la parole est lente, traînante, avec répétition de certaines syllabes, non bredouillante comme dans la paralysie générale. De plus, cette dysarthrie apparente n'est pas constante et varie considérablement d'intensité. Habituellement trèsmarquée, elle s'atténue parfois d'une façon telle qu'elle disparaît presque complètement. Cette atténuation se produit quand D. est engagé dans une conversation animée ou quand il entre dans une de ses crises habituelles de colère. Dans les mêmes circonstances, l'embarras de la parole d'un paralytique gé-

ral s'accuserait plutôt. Il faut remarquer, en outre, que ce trouble du langage est apparu pour la première fois il y a déjà de nombreuses années, lors des premières expertises. S'il s'agissait de celui d'un paralytique il aurait évolué et la parole ne serait plus aujourd'hui qu'un bredouillement inintelligible. Enfin, il est singulier que ce trouble si manifeste n'ait été signalé par aucun de ceux qui se sont trouvés en contact avec D. dans l'intervalle de ses arrestations.

Quant aux vomissements, nous avons dit qu'ils étaient en petite quantité, exclusivement alimentaires et se produisaient peu après le repas. M. Bourdin, qui, ayant le malade à l'asile, a pu l'examiner de près, a remarqué les efforts faits pour les produire, la difficulté à les provoquer dans la position couchée et leur diminution par le régime sec. Il a conclu à leur caractère volontaire et les assimile au mérycisme. Nous n'hésitons pas à adopter cette manière de voir. L'examen le plus soigné ne révèle, en effet, l'existence d'aucune affection soit de l'estomac, soit d'un autre organe susceptible de produire des vomissements aussi persistants. De plus, nous répéterons encore ici l'argument que nous avons déjà reproduit plusieurs fois, à savoir qu'il est singulier que ces vomissements soient si tenaces toutes les fois que D. est en prison et qu'ils n'existent jamais quand il est en liberté. Enfin, remarquons que malgré ces vomissements, D. ne maigrit pas, au contraire, puisque son poids, qui était de 52 k. 300 le 25 novembre, s'est élevé à 61 k. le 26 décembre.

Nous n'insisterons pas sur l'hémiparésie et l'hémianesthésie droites qui, du reste, sont aujourd'hui fort atténuées. Dans les lésions organiques du système nerveux, la combinaison de l'hémiplégie avec l'anesthésie est un phénomène fort rare, et ne se produit que lorsqu'il y a lésion d'un point bien déterminé du cerveau. Dans ce cas, il se produit à la longue une contracture de tout le côté primitivement paralysé. Ici, non seulement la contracture ne s'est pas produite, mais la paralysie elle-même s'est atténuée à un point tel que ce n'est plus qu'une légère faiblesse du bras et de la jambe.

Nous ne croyons pas non plus à l'hystérie, dans laquelle l'anesthésie est rarement aussi complète et aussi bien limitée

à un côté. Il n'existe pas, au demeurant, d'autres signes de cette névrose. Du reste, la façon dont cette paralysie est apparue brusquement à la prison de Vitré et sa disparition rapide à l'hôpital, dès que sa maîtresse est venue l'y chercher, la rendent déjà suffisamment suspecte.

Restent donc les idées délirantes, qui ne consistent plus actuellement qu'en idées de persécution. Evidemment, il est difficile d'affirmer la nature non pathologique d'un phénomène qui est d'ordre purement subjectif et que nous ne connaissons que par la façon dont l'exprime le sujet. Cependant, la fixité de l'idée délirante, depuis de nombreuses années, et sa non évolution, ne cadrent guère avec ce que la clinique nous enseigne journellement. Si ce délire n'évolue pas, il s'étend, il est vrai ; mais les nouveaux persécuteurs qui s'ajoutent à l'antique cléricanaille, sont tout simplement les gens qui n'ont pas favorisé ses desseins. C'est le juge d'instruction de Mortagne, qui n'a pas cru à ses protestations d'innocence. C'est le Dr Bourdin qui, avec beaucoup de perspicacité et d'énergie, a dénoncé sa simulation. Le délire d'un véritable aliéné n'a pas toujours des causes aussi naturelles et aussi logiquement déduites.

Si chacun des symptômes observés, envisagé individuellement nous paraît manifestement simulé, leur agencement, leur groupement ne réalise pas un tableau clinique défini, et c'est là une raison de plus pour repousser leur nature morbide.

L'affaiblissement intellectuel, l'embarras de la parole et l'hémiparésie appartiennent à la paralysie générale ; mais dans cette affection, on ne rencontre guère de délire aussi fixe et aussi immuable que le délire de persécution de D. D'autres signes, constants dans la paralysie générale, font ici défaut. Tels sont les troubles pupillaires, les tremblements fibrillaires, etc. Enfin, s'il s'agissait de paralysie générale, il est incontestable que depuis le temps où elle a été constatée pour la première fois, le malade devrait être mort ou tout au moins arrivé à une période de gâtisme avec paralysie complète.

D'un autre côté, aucune des psychoses à idées de persécution ne s'accompagne d'état démentiel, ni surtout d'embarras de la parole.

Il résulte donc nettement de ce qui précède que tous les

phénomènes constatés aujourd'hui chez D. n'ont pas de caractère pathologique, mais qu'ils sont le résultat d'un effort volontaire, d'une simulation. Est-ce à dire que l'inculpé doive être considéré comme un homme parfaitement normal et tenu pour responsable des actes qu'il a commis ? Nous ne le croyons pas.

D. est issu d'un père alcoolique et a plusieurs aliénés dans sa famille. Il a eu une enfance malheureuse et aurait été atteint d'incontinence nocturne jusqu'à un âge assez avancé? Il a présenté dès sa jeunesse de mauvais instincts. Il s'est toujours montré mobile, inconstant, irritable. Sa vie n'a été qu'un tissu d'aventures, de vols, d'emprisonnements et d'internements, sans que rien ait pu le modifier, sans que ni les rigueurs de la prison, ni la douceur de l'asile aient pu modifier ses instincts antisociaux. C'est incontestablement un déséquilibré, un dégénéré héréditaire. A ce facteur héréditaire s'ajoute un élément toxique indéniable, D. ayant fait de notables excès de boissons.

En outre, si ce dégénéré a simulé à certains moments et simule encore la folie, il paraît avoir parfois présenté des troubles mentaux bien réels. C'est ainsi qu'on peut, croyons-nous, difficilement mettre sur le compte de la simulation toutes les tentatives de suicide auxquelles il s'est livré durant son existence. Il est également difficile de considérer comme entièrement voulues les périodes de gâtisme complet et de sitiophobie que nous relevons dans son passé.

En tout cas, nous croyons absolument impossible de considérer comme simulée la longue période délirante présentée par l'inculpé de 1889 à 1898. A cette époque il était à la prison de Beaulieu depuis un an environ, purgeant une condamnation à 10 ans de réclusion. La simulation ne pouvait lui servir à rien, car s'il pouvait espérer échapper à la relégation, il ne pouvait compter sur une atténuation de peine. A ce moment-là, en effet, les prisonniers devenus aliénés étaient placés au quartier spécial de Gaillon, où ils restaient jusqu'à l'expiration de leur peine, et le régime de Gaillon ne différait guère de celui des maisons centrales. On ne voit donc pas à quel mobile il aurait obéi. En outre, et c'est là, à notre sens, un argument décisif,

il est impossible qu'un médecin de la valeur professionnelle du Dr Colin, qui dirigeait alors le service de Gaillon, ait pu l'observer durant 9 années consécutives sans démasquer la simulation si elle avait existé.

En résumé, D. est pour nous un dégénéré héréditaire doublé d'un alcoolique. Ce dégénéré, dont le déséquilibre intellectuel et moral est la véritable cause de la vie de désordres et d'aventures qu'il a menée, a présenté vraisemblablement, de temps en temps, de véritables crises de psychose dégénérative, dont l'une au moins nous paraît démontrée. La simulation elle-même, si souvent renouvelée et se présentant du reste toujours sous le même aspect, doit être considérée à notre avis comme un signe de plus de la dégénérescence mentale du sujet. C'est là, du reste, un fait connu et d'observation courante, malgré son apparence paradoxale, que la simulation ne se rencontre guère que chez des cerveaux tarés.

Dans ces conditions, il est impossible de considérer D. comme responsable de ses actes. D'un autre côté, on ne peut pas dire que dans son dernier vol pour lequel il doit comparaître sur les bancs de la Cour d'Assises, il ait été en état de démence au moment de l'acte ou qu'il ait agi sous l'influence d'une cause à laquelle il n'a pu résister, comme le dit l'article 64 du Code pénal. On ne peut donc pas, se basant sur ces dispositions, le déclarer complètement irresponsable.

Reste la responsabilité atténuée, qu'il faut nécessairement admettre. Que l'on croie au libre arbitre ou que l'on soit partisan du déterminisme, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'un individu dont le système nerveux est aussi défectueux que celui de D. n'est pas en état de résister aux sollicitations criminelles, au même titre qu'un individu normal.

Si donc on accorde à D. le bénéfice d'une responsabilité atténuée, quelle va en être la sanction? L'usage veut qu'à responsabilité atténuée corresponde une atténuation de la condamnation. Cette solution serait, dans le cas particulier, absolument déplorable. Une courte peine appliquée à un individu comme D., c'est la possibilité de reprendre bientôt la série de ses exploits criminels.

Si la société n'a pas le droit de le punir comme un malfaiteur

ordinaire, nous pensons qu'elle a le droit et le devoir de se défendre contre lui et de le mettre dans l'impossibilité de nuire. S'il existait en France des asiles pour aliénés criminels, nous n'hésiterions pas, comme notre excellent confrère Bourdin, à demander qu'il y fût placé. Mais, en l'absence de cette catégorie d'établissements, nous estimons que les experts n'ont pas le droit de se dérober et de laisser la justice dans l'embarras. Sans doute, on peut obfecter que lorsque le médecin a déterminé l'état du sujet, au point de vue strictement médical, sa mission doit être considérée comme terminée, et il doit laisser au magistrat le soin d'en tirer des conclusions et d'appliquer la sanction appropriée. C'est là, en effet, le principe général, auquel il faut se soumettre toutes les fois que le juge a à sa disposition des textes législatifs bien nets. Dans les cas comme le nôtre, où l'application des dispositions législatives existantes aboutirait ou à une injustice, si elle faisait condamner un malade, ou à un danger social, s'il faut lui permettre de recommencer ses actes criminels, nous pensons que, dans ce cas, le médecin qui a été appelé à formuler un diagnostic a bien le droit aussi d'en tirer des déductions thérapeutiques, en indiquant le placement du sujet dans tel ou tel établissement. Ce faisant, il ne sort pas de ses attributions, tout en rendant service à la juridiction qui a fait appel à ses lumières.

C'est obéissant, à ces considérations que nous n'hésitons pas a conseiller le placement de D. dans un asile d'aliénes. Sans doute, il y a la crainte d'évasion ; car, comme le dit excellemment le Dr Bourdin, les asiles d'aliénés doivent être des établissements de traitement et non des maisons de détention, mais cette crainte ne doit pas empêcher d'avoir recours à la seule mesure applicable dans l'espèce.

De tout ce qui précède, nous n'hésitons pas à conclure que :

1° D. n'est pas actuellement un aliéné, mais simule certains troubles mentaux.

2° C'est un dégénéré héréditaire alcoolique, ayant présenté durant sa vie certaines périodes délirantes dont la réalité n'est pas douteuse.

3° Sa responsabilité doit être considérée comme fortement

atténuée, et il doit, faute d'asile spécial pour aliénés criminels, être placé dans un asile d'aliénés.

Disons en terminant que le jury de la Cour d'Assises n'a pas admis notre thèse et que D. fut condamné à cinq ans de prison. Or, depuis sa condamnation, sans intérêt réel pour lui par conséquent, il a persisté dans le même système absurde de défense. Il a fait parvenir à l'un de nous deux lettres dans lesquelles il proteste de son innocence ; puis se dit « victime de la calotte d'Alençon, ainsi que des agissements de Boudin et de sa bande de vampires, qui lui envoient des courants électrommatiques pour l'empêcher de dormir : Voilà, conclut-il, les œuvres de Boudin. »

Cette persistance dans les mêmes moyens de défense en prouve pas la réalité du délire de persécution de D., mais démontre avec plus de force le déséquilibre de ses facultés, qui a faussé son jugement au point de lui faire espérer une amélioration de son sort malgré le prononcé d'un arrêt définitif.

Le cas que nous signalons aujourd'hui est un exemple typique de simulation de la folie par un dégénéré. L'intérêt de notre observation réside dans la complexité du cas médico-légal, puis dans l'impossibilité où se trouva la justice, par suite de l'absence d'un asile de sûreté, de placer notre sujet dans le seul établissement qui lui convint.

Les portes d'un asile ne peuvent être à la fois ouvertes pour les malades tels que ceux qui constituent la majorité de leur population et fermées pour les aliénés dits criminels. Un régime spécial, voisin de celui de la prison par la surveillance dont ils doivent être l'objet est pour eux nécessaire, et c'est là un moyen de préservation dont la société ne doit pas se priver.

Aliéné méconnu et plusieurs fois condamné, par MM. Baruk, médecin-chef de l'Asile d'Alençon, et Favennec, interne de l'Asile d'Alençon.

S'il y a quelque exagération à considérer avec Lombroso tous les criminels comme des aliénés, il n'est pas douteux qu'un

certain nombre de crimes ou de délits soient commis sous l'influence de troubles mentaux. Devant un criminel quelconque, il est de toute importance de distinguer s'il s'agit d'un homme psychiquement normal ou d'un malade. Pendant longtemps, les magistrats se montrèrent systématiquement hostiles à l'hypothèse de la folie chez les criminels. Aussi un très grand nombre d'aliénés furent-ils condamnés, encombrant ainsi les maisons centrales d'où ils n'étaient dirigés sur les établissements d'aliénés que lorsque l'évolution de leur maladie l'avait rendue visible aux yeux les moins expérimentés. Dans ces dernières années, le développement parallèle des études de psychiatrie et de criminologie ont heureusement modifié ces tendances.

De plus en plus, le magistrat instructeur fait appel aux lumières des experts, et les tribunaux risquent de moins en moins de condamner des malades. Néanmoins, le cas se présente encore de temps en temps, et il n'est guère d'aliéniste qui n'ait eu à en observer dans sa carrière.

Dans ces dernières années, Pactet et Collin ont notamment consacré à cette question plusieurs études très documentées.

L'observation suivante concerne un malade qui, malgré un délire des plus évidents, a subi un très grand nombre de condamnations.

Il s'agit d'un nommé F..., âgé de 47 ans, exerçant la profession de maçon. Dans ses antécédents héréditaires, nous ne relevons d'intéressant que le suicide de son père à l'âge de 76 ans. Sa mère est morte à 53 ans et il est fils unique.

F... a été à l'école jusqu'à l'âge de 12 ans. A cet age, il sait tout juste lire et écrire. Ses facultés intellectuelles sont très peu développées. Il ne se sent aucune aptitude professionnelle spéciale. On le met domestique jusqu'à 15 ans. Mais bientôt il se décide à apprendre le métier de boulanger, et à 15 ans il entre comme apprenti dans une boulangerie. Il n'y reste que 10 mois, car il s'est découvert la vocation de maçon et il fait l'apprentissage de ce nouveau métier pendant 2 ans, aux environs du domicile paternel.

Puis à 18 ans il part, il voyage, travaillant dans les environs de *Moulin-la-Marche* et de Châteaudun.

A 20 ans, il est à Paris. C'est là qu'il tire au sort en 1882 ; il fait une année de service militaire à Paris, puis fatigué du métier de maçon, au sortir du régiment, il rentre aux chemins de fer ; il y restera 1 ans 1/2.

A 28 ans, en 1890, il reprend la truelle car, aux chemins de fer, il a eu des ennuis avec ses chefs. Alors commence une véritable vie errante, interrompue 12 fois par des séjours en prison plus ou moins prolongés et par un stage de près de deux ans à l'Asile.

En 1892, il travaille à Laigle. Il est condamné par le tribunal de Mortagne à 6 mois de prison pour vol et voies de fait sur une femme avec laquelle il vivait.

En sortant de prison, il entre dans une épicerie comme garçon, mais il n'y reste que deux mois et quitte l'épicerie pour travailler au Havre aux Magasins Généraux. Il n'y fait qu'un bief séjour. Il se met ensuite à mendier et c'est pour ce fait qu'il est condamné successivement à Valognes, à Caen, à Vire et à Coutances.

Enfin nous le trouvons à Cherbourg, en septembre 1899, où il travaille comme maçon. Nous relevons pendant son séjour dans cette ville une condamnation à 2 mois de prison pour coups et blessures. C'est là qu'il a, pour la première fois, des hallucinations de l'ouïe. Il entend des bruits dans ses oreilles, à plusieurs reprises « comme si l'on grillait du café », selon son expression, mais il ne rapporte encore à rien ces manifestations. Son père meurt sur ces entrefaites. Il revient à Nonant ; c'est ici que se font sentir les premières idées délirantes. On l'accuse d'avoir tué son père ; en même temps, il a fréquemment des hallucinations de l'ouïe.

Il est à Gassé, en avril 1900. Ses hallucinations sont devenues plus fréquentes ; il voit, notamment, des feux follets danser devant ses yeux. La maison qu'il habite est située à 100 mètres de celle des Frères et il s'aperçoit qu'il se passe, grâce à leur complicité, des tours de physique. Il sent comme un fluide qui lui traverse la figure et qui lui passe sur la peau. Il entend des chuchotements, surtout la nuit.... C'est quelque fois une douzaine de personnes qui sont autour de lui comme de vrais « lutins ».

En se couchant, il voit sur le mur le diable, des fantômes. Le diable le menace de le brûler, tout vif, à l'aide des « barêmes » qu'il connaît.

Au mois de septembre 1900, il est condamné à Argentan pour non déclaration d'un enfant nouveau-né. A cette époque, il est très halluciné et délirant.

En 1901, le tribunal de Lisieux le condamne encore à 15 jours de prison pour mendicité. C'est la huitième condamnation.

Quelques mois après, toujours à Lisieux, une peine de un mois de prison lui est infligé pour vagabondage. au Havre, en 1902, une peine de 3 mois pour faux témoignage. Enfin, le 12 octobre 1904, il entre à l'Asile. Le certificat immédiat porte qu'il est très délirant, qu'il a des troubles de la sensibilité générale et qu'il entend, surtout la nuit, des voix qui lui disent des injures et plus particulièrement des menaces. Il voit le diable, des « lutins », il ressent des coups, des écrasements, des pincements sur le corps. Des curés le terrassent parce qu'il est hérétique et se livrent sur lui à des exercices de physique.

En novembre 1904, les hallucinations se complètent d'hallucinations génitales. Il se croit sodomisé ; on lui fait éprouver des jouissances au bas de la colonne vertébrale : il pense que c'est quelqu'un qui possède un talisman.

Le 1er mars 1905, il écrit au Procureur de la République pour se plaindre des personnages qui, la nuit, « l'invitent à faire des polissonneries » et voudraient l'obliger à en faire aux femmes de la maison.

C'est un « parleur » qui l'empêche absolument de dormir, tantôt en lui disant que l'Empereur de Russie doit être assassiné dans une quinzaine de jours, tantôt en lui envoyant, comme à Gassé, en 1900, une espèce de fluide sur la figure.

En même temps, il réclame, avec insistance, sa sortie et menace de faire un mauvais coup si elle ne lui est pas accordée. On trouve un couteau dans ses poches, en juin 1905.

En août, il écrit une seconde fois au Procureur de la République pour se plaindre qu'on le « fasse bouillir la nuit. »

En octobre 1905, nouvelle lettre. Il est incarné, dit-il,

dans une autre personne : « on lui fait avaler du vent, on lui transmet des rhumatismes, on lui démonte les genoux pour porter une autre personne. »

En novembre 1905, il se fâche. Les « fantaisies », dont il est victime, continuent ; il veut sortir ; il écrit : « Je suis décidé à payer cher ma liberté, même au prix d'un assassinat. »

Le même mois, autre lettre. On ne le laisse pas dormir, il ne peut fermer l'œil sans la permission des personnes qui le persécutent. Il faut, dit-il, que je « demande pour m'endormir, cordon, absolument comme à un concierge. Cela les amuse. S'ils étaient aussi près de moi que je les entends parler, je leur passerais 5 balles de revolver à travers la cervelle. » Quelques jours après, il écrit encore :

« Cela a commencé chez moi, à Nonant, au mois de novembre 1899, et m'a toujours suivi, tant à Gassé que partout où j'ai passé et même jusqu'à l'Asile où il m'est défendu de dormir et j'ai un écho dans l'oreille qui prétend me faire rester douze nuits sans dormir. J'ai droit de dormir comme tout le monde. Je trouve surprenant que ces insomnies forcées soient à la veille des hauts faits anarchistes. L'écho, que je porte, prétend me faire raconter toutes les bévues du monde où je suis et faire rire toutes les sociétés en m'abreuvant de honte. Je le trouve un peu trop polisson. Je dis polisson, parce qu'il se porte sur les parties sexuelles. »

S'il est malade, c'est que, dans les divisions, on s'amuse à l'accabler « d'inconvénients » et il accuse le Surveillant d'être, en partie, l'auteur de ses maux.

En décembre 1905, il se plaint d'être incommodé par les sodomistes ; il comprend pourquoi on lui refuse sa sortie ; c'est qu'il est destiné à servir de pâture aux sodomistes de l'Asile.

Il porte une autre personne qui le fait trébucher à chaque pas. Il a failli étouffer l'autre nuit par une sorte de jouissance sur la poitrine. Il se plaint d'être obligé de partager les joies des sodomistes et de voir la Supérieure et la Sœur de la pharmacie être sans cesse après lui.

En avril 1906, il écrit pour se plaindre qu'on lui envoie

continuellement « les vents et les inconvénients » des lavandières. Cela, ajoute-t-il, n'a rien d'agréable à respirer. Il en a assez de rendre des services, sous différentes formes, aux sodomistes qui le tourmentent. Il comprend qu'ils aient des ardeurs, mais il ne veut pas les partager et il termine sa lettre en priant Messieurs les Amoureux de l'inviter un peu moins souvent. J'ai 15 ans et c'est du temps perdu. La nuit dernière, il a eu le goût du sperme. Cela ne venait pas de lui ; c'est à croire que pour ces sortes de hautes joies, on soit obligé de passer par son corps.

En mai 1906, il se livre à des voies de fait sur un malade qu'il accuse de mettre sa verge dans sa bouche. Il écrit, à ce sujet, qu'il a à subir les tentatives de tout le monde, même des femmes de la maison. Il accuse principalement le Surveillant de le faire posséder par sa femme et son garçon.

A la fin de mai, il écrit une lettre très délirante. La nuit, il est chauffé continuellement sous douze lampes et l'on essaie de lui faire rentrer des « grains » dans le cerveau. L'Interne n'est pas étranger à ces sortes de choses ; d'ailleurs, « il lui a fait porter une vérole. »

La nuit précédente, il a failli étouffer, il avait une poignée de poils sur la bouche. Il n'a jamais vu cela qu'ici ; « il est vrai que dans une maison de force » on n'y regarde pas de si près. C'est toute une compagnie de sodomistes qui l'entourent, lui font avaler des saletés et le forcent à des bestialités répugnantes.

Enfin, le 20 juin 1906, il s'évade. Au réveil, la chambre qu'il occupe seul et où il est enfermé, est vide. Il s'est évadé en chemise et a pris des effets au séchoir. La Gendarmerie est mise sur pied ; le malade reste introuvable.

Le 21 janvier 1907, il est rayé des contrôles.

Il nous est assez difficile de connaître maintenant l'emploi du temps de notre malade. Il nous a avoué qu'il avait été condamné 2 fois, mais il ne s'est plus rappelé à quelle date. Ces deux condamnations sont très vraisemblables. L'une d'elles, au moins, est certaine : le fait ayant été relaté dans les journaux de la localité.

Mais, en janvier 1907, nous avons de ses nouvelles. Il

envoie, à l'adresse du Directeur de l'Asile, une lettre et une carte postale illustrée. Cette carte, écrit-il, « est pour satisfaire vos propres yeux. » F... est à Cabourg et dans sa lettre il se plaint d'être encore possédé par le personnel de l'Asile et de subir les « représailles » d'antan.

Le 8 mai 1907, il renouvelle encore dans une lettre ses plaintes et ses protestations. Il ne veut plus servir de sujet aux plaisirs de la physique et du personnel de la Maison. Cuisiniers et cuisinières sont tous pédérastes et il ne veut pas que mâles ou femelles continuent à entraver son travail car « Sodome, dit-il, ne me convient pas ».

Dans une lettre qu'il adresse à la Supérieure, en août 1908, il lui reproche de se livrer sur lui à la magie avec la pharmacienne et les enfants de chœur. Il continue ainsi : « J'ai l'honneur de vous avertir que je suis très ennuyé d'être possédé par votre propre personne. Je ne veux pas être enveloppé de rayons lumineux par votre propre faute et je vous préviens que je fais adresser par des personnes compétentes une lettre à la Supérieure Générale de votre ordre. Je ne veux pas être un objet d'amour aux sens de la religion ; ceux qui sodomisaient les femmes étaient des frères chrétiens ».

Il écrit ensuite au Directeur de l'Asile pour le prier d'inviter les amateurs de haute joie à s'amuser entre eux et à cesser d'ennuyer la femme avec laquelle il se trouve et, en postscriptum, il ajoute : « J'ai été sodomisé, malgré moi, sous votre direction. ».

Enfin, au mois de mai 1909, une nouvelle lettre de lui amène son arrestation et F... est reconduit à l'Asile.

Nous l'interrogeons et nous lui demandons pourquoi, ayant à se cacher, il se risquait ainsi à écrire constamment. Il nous avoue que c'était dans l'espoir de voir cesser, à la suite de ses plaintes, les persécutions dont il était l'objet par le personnel de l'Asile.

Depuis qu'il a été à l'Asile, à quelque endroit qu'il se trouve, il est enveloppé de rayons lumineux et de rayons de feu où il subit des tourments variés. A Saint-Evrault, par exemple, il était constamment chatouillé aux parties génitales, expériences de magie qui viennent de l'Asile, ajoute-t-il.

A Echauffour, de mars à juillet 1908, il était encore très tourmenté par la magie ; et s'il vient ici, c'est qu'il espère bien que toutes les fantaisies vont finir et que les persécutions vont cesser.

Durant les huit premiers jours, le malade est très tranquille ; il ne ressent aucune manifestation « occulte » ; mais, dès le 18 mai, il redevient très halluciné et très délirant. Ce sont ses yeux qui s'ouvrent malgré lui pendant la nuit ; il entend des voix et se croit encore chatouillé aux parties génitales. Il reconnaît tout cela : « ce sont les jeux de l'Asile ».

Les lavandières qu'il voit passer de la cour où il se promène l'inquiètent ; elles ont des plumes sous leurs jupons, nous dit-il ; il l'a reconnu à certains signes.

Ce sont ensuite des « invitations, des jouissances, des incarnations dans d'autres personnes et des lueurs qui leur sortent des yeux aussi pures que des feux-follets. »

Une voix lui dit en le sollicitant : « Porte la main au cul de ton voisin ou tu seras tracassé jusqu'à ce que tu crèves. »

Le 30 mai, il écrit à la Supérieure qu'il est très ennuyé d'être convié aux jeux qui ont lieu toutes les nuits ; il les trouve trop sensuels. « Une de vos devancières, ajoute-t-il, » dans sa lettre, m'aurait fait claquer si elle avait pu réussir à plusieurs espèces de fantaisies de magie. Je ne tiens pas à ce que cela recommence. Je suis comme dans les robes des femmes ; je ne veux plus de ces incarnations ni dormir dans l'ombre d'une femme en proie au délire. »

Il est sali par toute la maison. Tous se servent de lui pour se défaire de leurs impuretés et il exige qu'on le lave de toutes ces saletés.

Si l'on interroge le malade, sa débilité éclate. Il croit aux sortilèges et attribue à certains mots un sens tout différent de la réalité. Il a vu un dragon du Luxembourg qui servait à faire toute espèce d'espièglerie et même de méchanceté et même sodomiser les femmes. Il a vu conjurer des coliques et meme il a compris qu'à l'aide de sortilèges et de barêmes spéciaux, on pouvait les faire passer à un autre

Assez souvent, les reponses du malade se montrent incoherentes, incohérence qui frappe d'autant plus que son langage

est parsemé de néologismes. Quant à la mémoire, elle est sinon affaiblie, du moins particulièrement incertaine, les faits étant rapportés par lui, sous des versions diverses, selon le moment où on l'interroge.

L'examen physique nous révèle peu de choses. Le malade ne présente ni anomalies crâniennes ni malformations quelconques. Il a la voûte du palais ogivale. C'est le seul stigmate physique de dégénérescence que nous lui voyons.

La sensibilité est intacte. Il a une cicatrice au niveau de la tempe droite à la suite d'un coup de feu qu'il a reçu d'un chasseur. A la joue gauche, il a une autre cicatrice produite par le bout de canon d'un fusil.

En résumé, il s'agit d'un individu ayant des tares héréditaires, puisque son père s'est suicidé et dont la vie décousue, la mobilité du caractère et l'impossibilité de se fixer à un travail déterminé, démontrent le déséquilibre mental originel.

A l'âge de 38 ans, il manifeste des hallucinations de l'ouïe, révélant un délire de persécution dont le début est vraisemblablement beaucoup plus ancien. Le délire s'accuse de plus en plus, s'étend et se systématise, les hallucinations deviennent plus fréquentes et se propagent à d'autres sens — à la vue et surtout au sens génital. — Ce délire est encore aujourd'hui très actif, mais le trouble dans l'association des idées, les néologismes et l'incertitude de la mémoire révèlent déjà un début de démence.

Cet ensemble symptômatique nous permet d'affirmer qu'il s'agit d'un délire de persécution systématisé, évoluant sur un fond de dégénérescence et de débilité mentale.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que malgré l'activité de ce délire et des troubles sensoriels qui l'accompagnent, le malade a subi 12 condamnations.

Quatre d'entre elles se placent, il est vrai, avant les manifestations éclatantes de la maladie, mais déjà F... était visiblement un déséquilibré et il est à peu près certain qu'un examen attentif, pratiqué à cette époque, n'eut pas manqué de déceler les premiers symptômes de sa psychose.

Les 8 autres condamnations sont survenues en pleine évolution de cette psychose et deux d'entre elles se placent entre

son évasion et sa réintégration à l'Asile, alors que l'interrogatoire le plus sommaire devait montrer qu'on avait affaire à un aliéné. Le plus grand nombre de ses condamnations ont été encourues pour vagabondage et mendicité. Il faut voir, pensons-nous, dans ce vagabondage incessant du malade, le sésultat de tentatives destinées à lui permettre d'échapper à ses persécuteurs.

Cette observation justifie la tendance qui semble prévaloir aujourd'hui de donner aux étudiants en droit, futurs magistrats, des notions sommaires de psychiatrie, leur permettant de dépister l'aliénation mentale et d'éviter de tomber dans des erreurs aussi grossières.

La Pression du liquide céphalo-rachidien chez l'homme à l'état normal et pathologique, par Jacques Parisot (de Nancy).

Quoique l'emploi de la ponction lombaire se soit extrêmement répandu, dans ces dix dernières années particuliérement, on ne s'est pas attaché encore à déterminer d'une façon rigoureuse la pression du liquide céphalo-rachidien chez l'homme, à l'état normal et pathologique. Si l'on possède à ce sujet les observations de plusieurs auteurs, il est assez difficile de comparer entre eux les chiffres cités, par ce fait que les mesures de cette pression ont été pratiquées non seulement avec des appareils variés, mais encore sur des malades placés dans des situations différentes, les uns assis, les autres couchés.

J'ai, depuis plus d'une année, recherché la pression du liquide céphalo-rachidien chez un grand nombre de sujets atteints d'affections diverses, du système nerveux en particulier. Cette étude générale, faite à l'aide d'*un même appareil*, et dans des conditions d'exploration *identiques*, m'a permis de mettre en évidence quelques résultats intéressants que je résumerai brièvement. J'exposerai tout d'abord les faits acquis jusqu'à ce jour sur ce sujet, tout en faisant remarquer encore

que leurs divergences, souvent considérables, s'expliquent par les techniques variées utilisées par les différents auteurs. Bochefontaine, par exemple, considère la pression céphalo-rachidienne comme nulle à l'état de repos, tandis qu'elle s'élèverait à 75 m/m d'eau dans de fortes expirations. Cybulski admet qu'elle varie de 72 à 90 m/m d'eau. Adamkiewicz de 80 à 100 m/m. Pour Leyden, d'après Testut, cette pression serait de 735 à 787 m/m de mercure. Comme on le voit, ces données sont extrêmement variables. Voici en un tableau les chiffres principaux observés.

AUTEURS	PRESSION NORMALE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN
Quincke	de 40, 60 à 150 m/m d'eau.
Leyden (Testut)	de 735 à 787 m/m de mercure.
Krönig	de 125 m/m d'eau, couché, et 410 m/m, assis.
Axel Key et Retzius	de 160 à 200 m/m d'eau dans l'inspiration. de 250 à 275 m/m d'eau dans l'expiration.
Schülten	de 52 à 100 m/m d'eau.
Bochefontaine	de 0 au repos, 75 m/m d'eau en expiration.
Cybulsky	de 72 à 90 m/m d'eau.
Adamkiewicz	de 80 à 100 m/m d'eau.
Sicard	de 20 c/m d'eau (chez une hystérique).

Si l'on prend la moyenne de ces différents résultats, on trouve approximativement 20 à 25 centimètres d'eau comme chiffre de la pression céphalo-rachidienne normale.

Les appareils utilisés habituellement pour la mesure de celle-ci, celui de Quincke, celui de Sicard, consistent essentiellement en un tube de verre capillaire, fixé verticalement sur une planchette, et dans lequel on laisse s'élever le liquide céphalo-rachidien ; il suffit de mesurer la hauteur de la colonne liquide pour connaître la pression. En même temps qu'ils doivent présenter une hauteur assez considérable (70 centimètres au moins), puisqu'il est des pressions de 60 à 80 c/m au cours des méningites, et, dans ces conditions, sont d'un certain embarras, ces appareils présentent également l'inconvénient de laisser pénétrer dans le tube de verre une quantité de liquide, variable

suivant la pression, ce fait constituant une cause d'erreur nullement négligeable.

J'ai utilisé un appareil très simple, dont j'ai déjà donné antérieurement la description (1), essentiellement constitué par un manomètre en U, à double branche, et préalablement rempli d'une solution de NaCl à 9/1000 ; en même temps qu'il est plus maniable, cet appareil laisse perdre une quantité moindre de liquide. A ce manomètre à eau, est adjoint sur le même support, un manomètre à mercure également à double branche. Par le simple jeu d'un robinet à double voie, il est possible de mettre le liquide céphalo-rachidien en rapport avec l'un ou l'autre de ces manomètres, et ainsi d'en mesurer la pression en données comparables et même toujours identiques (centimètres Hg ou centimètres H^2O). Enfin, un robinet placé sur le tube de caoutchouc reliant l'aiguille de ponction au manomètre, permet, tout en laissant s'écouler une certaine quantité du liquide céphalo-rachidien, de mesurer à tout instant la pression ; c'est là un avantage important sur lequel j'aurai à revenir. J'ajouterai que la pression du liquide céphalo-rachidien a été recherchée, le malade étant couché sur le côté, horizontalement sur le plan du lit.

Dans ces conditions, et d'un assez grand nombre de mesures, faites non chez l'homme tout à fait normal (et l'on comprend pour quelles raisons), mais chez des sujets pouvant être considérés comme tels, chez des hystériques et des épileptiques (pendant des périodes éloignées des crises), en particulier, on peut conclure que la *pression céphalo-rachidienne normale oscille de quelques centimètres, à* 10, 15 *centimètres d'eau au plus*, le chiffre le plus habituel se maintenant entre 6 et 12 centimètres (*au-dessous de* 1 *cm de Hg*). Dans aucun cas (sur 100 environ), je n'ai trouvé de pression égale à 0 et, d'autre part, une pression supérieure à 20 centimètres d'eau, étant habituellement accompagnée de symptomes nerveux, semble devoir être considérée comme déjà anormalement élevée.

La pression céphalo-rachidienne subit des *variations physiologiques* et *pathologiques* que j'envisagerai rapidement.

(1) J. PARISOT. La Mesure de la Pression du liquide céphalo-rachidien. Appareils et Technique. Société de Méd. de Nancy. Mai 1909.

Les principales oscillations qu'on peut remarquer dans le tube du manomètre sont les *oscillations respiratoires,* beaucoup plus marquées que les *oscillations cardiaques.* Ce sont des faits que je ne puis étudier ici en détail. Je dirai seulement qu'au cours de l'inspiration normale la pression s'abaisse de quelques centimètres, de 4 à 5 en moyenne, chiffres variables suivant les individus, puisque j'ai pu observer des abaissements de 1 à 2 centimètres comme de 6 à 8. Le seul fait important, c'est *l'abaissement inspiratoire,* bien marqué par l'inspiration forcée, et *l'élévation expiratoire,* que j'ai vu dans certains cas (expiration forcée), atteindre 10 à 15 centimètres d'eau. Enfin, il faut remarquer que non seulement sous l'influence des mouvements respiratoires, mais encore par l'effet de beaucoup d'actions diverses (toux, mouvements, etc.), il peut se produire des différences considérables dans le chiffre normal de la pression.

Ces mêmes oscillations, ces mêmes variations se rencontrent, quelquefois plus marquées, lorsque la pression du liquide céphalo-rachidien est *pathologiquement élevée.* On connaît bien l'élévation souvent considérable de cette pression au cours des méningites : c'est ainsi que Naunyn aurait trouvé le chiffre de 700 centimètres dans un cas de méningite tuberculeuse (d'après Sicard), chiffre à coup sûr erronné. Quincke, Abadie, Riecken, ont trouvé également une pression élevée.

Dans 7 cas de *méningites purulentes,* cérébro-spinales, à méningocoques et à pneumocoques, la pression n'a pas été inférieure à 34 centimètres d'eau ; elle atteignait dans un cas 70 centimètres. Dans 8 cas de *méningites tuberculeuses,* j'ai trouvé les chiffres moyens de 22, 32, 35, 42, 44, 56, 58, 64 centimètres. Dans deux cas de grippe et de pneumonie avec *méningisme,* la pression céphalo-rachidienne oscillait entre 16 et 30 centimètres dans un cas, et 18 à 20 dans l'autre cas.

Au cours de l'*urémie,* Carrière a constaté une notable élévation de la pression, qui s'est toujours trouvée au-dessus de la normale (de 120 à 245 m/m), sauf dans un cas. Moi-même, je l'ai trouvée élevée dans 3 cas sur 5, atteignant dans ces conditions les chiffres de 26, 30 et 48 centimètres d'eau.

Dans plusieurs cas de *myélite* (grippale et syphilitique),

j'ai pu constater également une élévation légère de la pression céphalo-rachidienne (18 à 30 centimètres), plus marquée dans l'*hémorragie* et le *ramollissement cérébral* (30, 36, 42 centimètres par exemple).

Au cours de la *paralysie générale* (sauf dans deux cas, normale, 8 et 10 centimètres), et chez deux malades atteints d'artérite cérébrale (d'origine syphilitique), la pression était un peu supérieure à la normale (entre 18 et 30 centimètres).

Enfin, chez deux malades atteints de *néoplasie cérébrale* (tumeur protubérantielle et tumeur de la capsule interne), la pression s'élevait à 11 et à 64 centimètres, chiffres comparables à ceux déjà signalés par plusieurs auteurs, Sicard, Quincke et Riecken en particulier.

De même que d'Orméa et Cavazzani ont pu le constater chez l'animal, j'ai vu la pression céphalo-rachidienne s'élever chez l'*épileptique* après la crise (25 à 35 centimètres).

Dans la plupart des affections du système nerveux par conséquent, la pression céphalo-rachidienne est capable de subir des modifications importantes. La mesure de cette pression n'est pas seulement intéressante à un point de vue purement documentaire ; elle est capable également de rendre des services tant au point de vue diagnostic que pronostic et thérapeutique. Une élévation anormale de pression doit, en effet, faire immédiatement songer à l'existence d'un processus pathologique (aux environs et au-delà de 20 centimètres d'eau). Répétée à plusieurs jours d'intervalle, chez un même malade, sa mesure permet d'établir une courbe qui, tendant vers la normale est d'un pronostic favorable, et, s'en éloignant ou demeurant stationnaire, est au contraire signe d'affection grave, mortelle. J'ai pu vérifier ces faits dans plusieurs cas et en particulier chez des malades atteints de méningite cérébro-spinale. Enfin, tout en retirant au malade une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien il est permis en jetant un coup d'œil sur le manomètre, d'abaisser à coup sûr au chiffre voulu, et non à l'aveuglette peut-on dire, le chiffre de la pression : c'est se mettre ainsi à l'abri de bien des accidents, souvent graves et quelquefois mortels.

Etude des Mouvements respiratoires chez les malades atteints de divers tremblements, par Jacques PARISOT (de Nancy).

En 1892, MM. Klippel et Boëteau (1), étudiant au moyen du pneumographe de Marey le rythme respiratoire dans les maladies mentales et, en particulier dans la paralysie générale, ont signalé ainsi divers troubles de la respiration caractérisés par de l'arythmie, de la faiblesse dans l'amplitude des mouvements et des intermittences. Dans certains cas enfin, l'inspiration et l'expiration étaient saccadées si bien que ces auteurs ont pu conclure à l'existence d'un véritable tremblement respiratoire. L'analogie entre les anomalies motrices des membres et celles des muscles de la respiration démontre, disent-ils, que la paralysie générale touche ces deux ordres de centres sous la même forme anatomique. Oppenheim (2) avait déjà fait remarquer (1887) qu'au cours de la sclérose en plaques existe une véritable respiration saccadée, aussi bien en inspiration qu'en expiration.

Mais, dans ces recherches, d'Oppenheim comme de Klippel et Boeteau, ainsi que le fait remarquer Achard, il y a à tenir compte d'une cause d'erreur capable de conduire à une conclusion inexacte, c'est la transmisssion au thorax et ainsi au pneumographe des oscillations des membres supérieurs.

Depuis plusieurs années, appliquant la méthode graphique à l'étude des principaux tremblements, de leurs caractères particuliers et de leurs modifications sous diverses influences thérapeutiques, j'ai dans tous ces cas également, étudié le rythme respiratoire. Pour ces recherches, il était donc nécessaire d'utiliser un procédé permettant d'éliminer cette cause d'erreur importante que je signalais précédemment. L'emploi du pneumographe, quel qu'il soit, étant par là même complètement à rejeter, je me suis adressé à la technique suivante, fréquemment employée d'ailleurs, en physiologie. Sur la bouche du malade était appliqué un masque en rapport

(1) KLIPPEL et BOETEAU. — Mémoire. Soc. de Biologie, 27 février 1902.
(2) OPPENHEIM. — Berl. Klin. Woch. n° 48, 1887.

avec un ballon d'une contenance de 20 litres environ, et dans lequel il était possible pour le malade de respirer pendant un temps suffisamment long. Ce ballon se trouvait d'autre part en rapport avec un appareil inscripteur, tambour, cylindre enregistreur, etc... Dans ces conditions, les oscillations des membres et même du corps si intenses soient-elles, ainsi que j'ai pu m'en convaincre, ne pouvaient être transmises au tambour enregistreur qui inscrivait les mouvements respiratoires et leurs oscillations ou leurs irrégularités véritablement propres.

Mes recherches ont porté sur des malades atteints de tremblements divers : sclérose en plaques, paralysie générale, tremblement sénile, maladie de Parkinson. Les graphiques que j'ai pu ainsi recueillir en grand nombre (et dont quelques exemples seuls sont présentés), mettent en évidence les faits suivants. Dans plus de la moitié des cas environ, j'ai pu constater des troubles nets de la respiration. Si, chez certains malades, ces modifications étaient caractérisées par l'amplitude inégale des mouvements, l'irrégularité de ceux-ci (dans la paralysie générale en particulier), le plus souvent elles se manifestaient par *l'existence d'oscillations, de trémulations* nettement inscrites sur les tracés, *inspiratoires ou expiratoires.*

Ces trémulations peuvent être étudiées d'une façon générale aux points de vue de leur *intensité,* de leur *nombre,* de leurs *modifications* pendant les mouvements de la respiration, aux divers temps de celle-ci.

L'*intensité* du tremblement respiratoire n'est pas nécessairement en rapport avec l'intensité du tremblement général de l'individu. C'est ainsi qu'un malade, atteint de tremblement léger, localisé à un bras, par exemple, pourra présenter un tremblement respiratoire très net, alors qu'un autre, dont le tremblement généralisé est beaucoup plus marqué, ne sera atteint d'aucun trouble pas plus à l'inspiration qu'à l'expiration.

D'une façon très régulière chez un malade, le *nombre* des oscillations respiratoires, par seconde, est égal au nombre des oscillations du tremblement général dont il est atteint. Grâce

à une vitesse plus accélérée du cylindre enregistreur on peut mieux repérer le nombre et les caractères de ces oscillations qui, en somme, n'ont dans leur localisation respiratoire aucun caractère spécial les différenciant des autres oscillations constitutives du tremblement du bras, de la main, de la tête, de la langue, etc... C'est ainsi qu'elles sont en général de 1 à 5 par seconde dans la paralysie agitante, plus nombreuses dans la sclérose en plaques, etc...

Beaucoup plus intéressantes sont les *modifications* de ce tremblement, étudiées aux différents temps de la respiration, d'une part pendant la *respiration normale*, d'autre part dans le cas de *respiration forcée*.

En général, le tremblement respiratoire existe presque aussi marqué aux deux temps, inspiratoire et expiratoire dans la paralysie générale et chez les malades atteints de tremblement sénile. Cependant, chez ces derniers j'ai pu quelquefois constater une légère exagération des oscillations pendant l'inspiration, c'est-à-dire durant la contraction des muscles inspiratoires. C'est un fait à rapprocher des caractères du tremblement sénile qui s'exagère souvent pendant les mouvements volontaires. J'ajouterai que pendant les mouvements respiratoires forcés, il y a également augmentation de l'amplitude des trémulations, ce qui ne fait que confirmer les faits précédents.

On sait qu'un des caractères du tremblement de la sclérose en plaques est de s'accentuer d'une façon considérable, et même d'apparaître seulement au cours des mouvements volontaires. Le tremblement respiratoire présente dans cette affection des caractères identiques, se manifestant surtout pendant l'inspiration, et s'accentuant dans les mouvements respiratoires forcés. Ces caractères intéressants sont très nettement mis en évidence par la comparaison de graphiques nombreux pris aux divers temps de la respiration et à des vitesses différentes, de plus en plus rapides du cylindre enregistreur.

Dans la paralysie agitante enfin, des faits identiques peuvent être vérifiés. Mais ici, l'on sait, et c'est un fait

sur lequel j'ai déjà insisté (1) que le tremblement s'atténue et peut même disparaître plus ou moins complètement pendant les mouvements volontaires. On voit également le tremblement respiratoire s'atténuer, très notablement surtout, dans l'inspiration forcée, alors que les efforts musculaires sont au maximum. Dans les mouvements expiratoires actifs, expiration forcée, il y a également atténuation de l'amplitude des oscillations. Je ne veux, d'ailleurs, pas insister sur ces faits ; ils prouvent cependant par la similitude des caractères du tremblement respiratoire et du tremblement banal (des membres, etc...), que dans ces affections différentes l'*appareil respiratoire* ou du moins sa musculature *se trouve atteint de la même façon* que les autres parties de l'organisme du trembleur. J'ajouterai enfin, que l'influence des divers agents *thérapeutiques*, de la *scopolamine* en particulier (dont j'ai en plusieurs études relaté les effets physiologiques et thérapeutiques), se manifeste égale et agit de façon identique sur ces tremblements, respiratoire et général.

(1) J. Parisot. — Étude de physiologie clinique. Revue médicale de l'est, 1905.

Recherches sur le temps perdu du reflexe rotulien

par Jacques Parisot (de Nancy).

Nombreuses déjà sont les recherches sur le *temps perdu du réflexe rotulien* : sans vouloir cependant faire ici la bibliographie de cette question, il est utile de rappeler l'intérêt qui s'attache à ce point de la physiologie des réflexes. On l'a fait intervenir, en effet, comme argument important dans la discussion sur l'origine du phénomène du genou qui, pour les uns est un véritable réflexe et pour les autres une simple réaction périphérique provoquée par l'excitation directe du muscle. Si plusieurs auteurs ont cherché à déterminer ce temps perdu, nombreux sont également les résultats

discordants qu'ils ont obtenus. Grâce au perfectionnement de la méthode, Brissaud surtout a pu fixer le temps perdu du réflexe rotulien à l'état normal dans des limites comprises entre 18 et 52 millièmes de seconde, chiffres assez différents des auteurs qui, avant ou après lui, ont étudié cette même question. Si, pour les uns ce temps oscille aux environs de 30 à 35 millièmes de seconde, pour Tschirjew en particulier, pour d'autres, il atteint jusqu'à 10 et 15 centièmes de seconde.

Depuis près de deux années, j'ai commencé sur le temps perdu du réflexe rotulien une série de recherches cliniques et expérimentales. J'exposerai ici la *technique* que j'ai utilisé chez l'homme et chez l'animal, et les résultats obtenus dans la détermination de ce temps à l'état normal. Je donnerai enfin un aperçu général de quelques-uns des faits que j'ai observés, et qui seront ultérieurement l'objet de notes plus détaillées.

La *méthode* employée est toujours identique en pareil cas, consistant à enregistrer sur le cylindre, à vitesse maxima, d'une part le moment précis du choc, d'autre part la contraction du muscle, entraînant la projection de la jambe. J'ai utilisé un marteau (construit par Verdin), donnant électriquement le moment précis du choc. Monté sur un léger bâti qui peut s'appliquer sur la jambe (ou être fixé sur un support), ce marteau peut être projeté contre le tendon avec une force variable indiquée par la graduation du cadran devant lequel il se meut. Cet appareil se rapproche, en somme, de celui qu'a employé Brissaud, avec quelques perfectionnements. Le marteau, monté sur ébonite, porte deux bornes en rapport avec une pile et un signal électro-magnétique de Desprez. La contraction musculaire est enregistrée au moyen d'un myographe direct, chez l'homme, et d'un myographe à transmission directement en rapport avec la patte, chez l'animal. Le temps est indiqué par un diapason électrique donnant 200 vibrations à la seconde.

Dans ces conditions, les mesures pratiquées chez l'homme sain m'ont fourni comme chiffre moyen du temps perdu de 40 *à* 45 *millièmes de seconde* environ (étant faite la correction du temps nécessaire à la transmission de la contrac-

tion musculaire par l'intermédiaire du myographe et du tube de caoutchouc). Mais, à l'état normal, ce chiffre même peut subir des variations importantes, en rapport avec l'attention du sujet (détournée en faisant lire à haute voix), avec la répétiton fréquente des percussions du tendon, avec la fatigue ; ces variations sont moins notables dans le cas d'intensités diverses des percussions du tendon.

Chez le chien, le chiffre signalé récemment par Philippson (1907) est de 45 millièmes de seconde environ. J'ai constaté un chiffre un peu moins élevé, oscillant d'après les moyennes entre 30 à 40 *millièmes de seconde,* et surtout autour de ce dernier chiffre (toutes corrections faites). Ici encore, les variations sont nombreuses, par ce fait que l'animal a tendance à se contracturer ; dans ce cas cependant, on peut arriver en laissant le chien au repos (tout en le caressant par exemple), à obtenir des résultats assez concordants.

Chez le lapin U. Scheven, récemment encore (1907), a trouvé le chiffre de 22 millièmes de secondes en moyenne. Mes recherches m'ont fourni les chiffres de 25 *à 30 millièmes de seconde,* les résultats oscillant particulièrement entre 27,5 et 30 *millièmes.*

Comme Scheven, j'ai pu constater que l'excitation directe du muscle quadriceps (excitation électrique) fournit, par contre, un temps de latence beaucoup plus court (10 à 15 millièmes de seconde, et pour Scheven 10 à 12 millièmes, en moyenne 11 millièmes). Ce fait est donc intéressant et plaide nettement en faveur de l'hypothèse suivant laquelle le phénomène du genou est un *vrai réflexe.*

Partant de ces données sur le temps perdu du réflexe rotulien à l'état normal chez l'homme et chez l'animal, j'ai recherché les *modifications pathologiques* qu'il peut présenter au cours d'affections diverses. C'est ainsi que, comme Brissaud dans la sclérose pyramidale j'ai vu diminuer ce temps, qui peut n'être plus que de 35, 37 millièmes de seconde ; dans le cas de myélites diverses je l'ai vu, par contre, s'allonger et atteindre 60 et 65 millièmes de seconde.

Au cours de localisations de la syphilis sur la moelle, j'ai pu suivre chez plusieurs malades, l'allongement d'abord,

puis le retour vers la normale de la période latente sous l'influence du traitement mercuriel. Si cette recherche du temps perdu du réflexe rotulien n'est pas d'un emploi très pratique en clinique, du moins m'a-t-elle cependant fourni ainsi, et, dans d'autres cas, des indications intéressantes sur le pronostic et les effets thérapeutiques au cours d'affections diverses du système nerveux.

J'ai, d'autre part, produit chez l'animal diverses lésions médullaires et vérifié ainsi les modifications survenues dans le temps perdu du réflexe que j'ai vu également se modifier sous l'influence de la chloroformisation et aux différentes périodes de celle-ci.

Tous ces faits, intéressants non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue de la physiologie des réflexes, et que je ne puis signaler ici que d'une façon très générale, seront étudiés ailleurs plus en détail.

Symptômes nerveux et complications nerveuses du Typhus exanthematique, par le docteur Porot (de Tunis).

Il y a plus de quinze ans que le typhus exanthématique a disparu de France et que ses manifestations cliniques ont cessé d'y être observées. Je viens d'assister cette année à une épidémie dans un pays de langue française, la Tunisie, épidémie qui frappa surtout les indigènes affaiblis par une année de disette et de famine, mais qui envoya cependant quelques fusées sur la colonie européenne de Tunis. Personnellement, j'ai eu à soigner dans mon service des contagieux de l'Hôpital Civil Français 22 typhiques sur lesquels j'a pu étudier à loisir les manifestations nerveuses de la maladie ; comme on l'avait déjà dit, et comme j'ai pu m'en convaincre, le typhus exanthématique est une infection à prédominance nerveuse manifeste, on peut même dire élective ; les manifestations nerveuses y sont la grande dominante symptomatique ; le poison typhique est surtout et avant tout un poison du système nerveux.

Bien qu'elle ait déjà été étudiée dans les nombreuses et copieuses relations de typhus que nous devons aux médecins du siècle dernier, en particulier dans la monographie très complète de Murchison, je crois intéressant de rapporter ici cette symptomatologie nerveuse du typhus, parce que nos conceptions récentes sur les psychoses infectieuses et les délires aigus psycho-moteurs donnent à ces symptômes une portée nouvelle et plus exacte, une signification plus scientifique.

***

Le typhus est une maladie essentiellement cyclique, à début brusque, à défervescence rapide au 14e jour ; je vais étudier les symptômes nerveux dans l'ordre où ils se déroulent :

La *céphalée* est le grand symptôme initial ; son intensité et sa constance lui donnent une grande valeur diagnostique. Je ne l'ai vu manquer dans aucun de mes 22 cas ; 2 ou 3 fois cette céphalalgie était particulièrement atroce, arrachant des cris au malade.

La *prostration* qui l'accompagne est telle que les malades s'alitent dès le premier jour ; je n'ai vu qu'une exception à cette règle.

Céphalée et prostration durent 5 à 6 jours, et vers la fin du premier septénaire apparaissent des symptômes nerveux beaucoup plus graves, un *délire* presque constant, délire plus ou moins intense, très souvent accompagné de *symptomes physiques* et de réactions motrices lui donnant dans quelques cas l'aspect d'un *véritable délire aigu,* mortel.

Je signale en passant une particularité clinique : un fléchissement de la température au moment où s'installe le délire ; cet abaissement, de 1° environ, se prolonge parfois plusieurs jours.

La description de ce délire a été bien souvent faite et Murchison l'a admirablement détaillé ; nous possédons sur son compte, du reste, d'excellentes auto-observations médicales (Gueneau de Mussy, Murchison).

Ce délire nous représente un des types les plus nets et les

mieux caractérisés de ce qu'on appelle aujourd'hui le *délire onirique.*

Tous les éléments constituants s'y retrouvent à l'analyse ; de plus, son étude en série nous a permis d'en saisir tous les degrés depuis la plus légère « typhomanie » jusqu'au délire aigu le plus typique.

Il commence presque toujours par du délire nocturne, mais le plus souvent il s'étend sur tout le nyctèmére.

Il s'organise autour de préoccupations professionnelles ou de tableaux qui ont frappé récemment l'imagination du sujet. Murchison, qui était un botaniste distingué, voyageait et herborisait des plantes rares. Guéneau de Mussy s'envolait en Angleterre, poursuivi par quatre soldats qui le suivaient en ballon (il n'avait pas vu Blériot, mais venait d'assister à l'ascension d'un ballon emportant quatre militaires). Le souci professionnel était très marqué chez un des deux jeunes confrères que j'eus à soigner au cours de cette épidémie ; il avait un véritable délire thérapeutique, il réclamait des hypnotiques à doses énormes, de la digitaline par grammes.

Le professeur Régis a beaucoup insisté sur le *caractère somnambulique de ce délire* de rêve ; en relisant les descriptions anc ennes, en observant mes propres malades, j'ai nettement retrouvé ce caractère ; on a vraiment l'impression d'un *automatisme mental et parfois ambulatoire.* Le *dédoublement de la personnalité* avait déjà frappé certains auteurs. Jacquot, qui relata (1858) l'épidémie qui sévit sur nos troupes en Crimée, parle de deux médecins qui croyaient chacun être divisés en deux personnes, dont l'une était en bonne santé et s'apitoyait sur le sort de l'autre qui était malade. Roupell (1839), mentionne le cas d'une femme qui pendant dix jours se crut morte, refusa de parler, si ce n'est pour demander qu'on l'enterrât.

Le confrère auquel je faisais allusion soliloquait fréquemment sur son état.

L'*idée fixe post-onirique* se retrouve dans le délire du typhus. Les hallucinations persistent dans le sub conscient, et Guéneau de Mussy a raconté qu'ayant vu pendant sa maladie un de ses amis tué dans la rue, il en eut une impression si forte que pendant sa convalescence, malgré les assertions con-

traires, il répétait que cet ami était mort et qu'à son retour à Paris il l'alla voir immédiatement pour se convaincre qu'il était vivant.

L'assimilation avec un état second est encore rendue plus nette par l'*influence de la suggestion* ; chez le confrère précité, des injections d'eau distillée ou des gouttes d'eau sucrée faisaient l'effet thérapeutique qu'il exigeait des fortes doses de médicament.

Pour compléter ce tableau du délire onirique, je dois signaler l'amnésie profonde qui suit ces états ; plusieurs malades et les confrères que j'ai interrogés à cet égard accusent des « trous » de plusieurs jours dans leur mémoire ; leur arrivée à l'hôpital, dont ils avaient généralement conscience, était suivie d'une *amnésie lacunaire* plus ou moins considérable.

***

A ces troubles psychiques sont souvent associés des *symptomes physiques* qui sont — en plus intense — ceux de tous les délires toxiques.

Le *tremblement* est très fréquent ; j'ai vu deux fois un tremblement à très grandes oscillations, 3 fois de véritables *secousses des extrémités*, et une fois même du *nystagmus* spontané.

Je dois faire une mention spéciale pour un cas où le tableau atteignit une telle acuité que le mot de *délire aigu* lui convient de tous points. C'était chez une jeune femme débilitée par quinze mois d'allaitement. Brusquement, au dixième jour, le délire devint plus intense, de grandes secousses tendineuses agitèrent tous les membres ; des grimaces nombreuses se succédèrent dans la face ; la température s'éleva au-delà de 41°, et la malade succomba au bout de 24 heures.

La réaction motrice n'atteint pas toujours ce degré, mais, dans 5 ou 6 cas, j'ai vu le délire s'accompagner d'une agitation assez marquée, les malades cherchent à se lever ou rôder dans les salles ; deux fois, j'ai enregistré des *tentatives de suicide*.

***

Mais où l'identification des troubles nerveux du typhus avec la confusion mentale devient encore plus légitime, c'est quand on considére la période qui fait suite à cette période d'agitation.

Brusquement, vers le 13e ou 14e jour, le malade, comme épuisé, tombe dans un état de sommeil profond, allant parfois jusqu'au coma. Si le cas est simple, c'est de la *stupeur* ; immobile, l'œil fixe, il semble sortir d'un rêve ; il ne saisit pas encore toutes les questions, mais pourtant s'éveille vite au monde extérieur, gardant parfois quelques idées fixes post-oniriques. A cette torpeur cérébrale s'ajoute souvent du refroidissement des extrémités, pour compléter le tableau de la stupeur asthénique.

Dans quelques cas, il y a plus que de la torpeur ; on observe un véritable *coma* très profond qui dure plusieurs jours. Je l'ai noté chez 5 de mes 22 malades ; il dura de 2 à 4 jours.

Jenner, enfin, décrit un coma particulièrement grave, qu'il appela le *coma vigil,* d'un pronostic fatal ; dans ce coma, les accidents de faiblesse cardiaque s'associent à la stupeur nerveuse : « Le malade est couché les yeux grands ouverts, « regardant fixement dans le vague, la bouche demi-ouverte, « la face pâle et sans expression ; le cœur est faible, la peau « est froide et couverte de sueurs ; le sujet est évidemment « éveillé, mais il est indifférent à tout ce qui se passe autour « de lui. Cet état est fatalement mortel. » Je l'ai vu chez un de mes malades, qui succomba après six jours de ce coma.

En somme, tout se ramène au tableau de la *confusion mentale aiguë,* telle qu'elle a été bien dégagée par le professeur Régis ; c'est même dans le typhus exanthématique qu'on trouve la plus belle expression de cette psychose symptomatique des toxi-infections ; ses deux formes, artificiellement dissociées (forme agitée et forme stupide), s'y succèdent et s'y transforment l'une dans l'autre.

***

J'en aurai fini avec les symptômes nerveux du typhus exanthématique quand j'aurai mentionné :

Les *troubles sphinctériens* (8 fois sur 22) ils se produisent au moment du coma et nécessitent souvent le cathetérisme.

Certains *vomissements incoercibles* (5 cas), auxquels il est impossible de donner une autre origine qu'une origine nerveuse.

Certaines *crises subites de collapsus cardiaque* très dramatiques (2 cas), survenant parfois dans la première semaine et sans qu'un examen physique du moment ou la suite de la maladie permettent d'invoquer une altération organique du cœur.

Enfin, il existe parfois quelques *troubles sensoriels* dont le plus fréquent est une *surdité* assez prononcée (8 cas sur 22), disparaissant toujours au moment de la convalescence.

Les *réflexes* ne m'ont jamais paru exagérés ; je les ai noté affaiblis dans les cas de coma, 2 fois même abolis.

Dans aucun cas je n'a trouvé de signes proprement méningés (signe de Kernig, raideur, troubles oculo-pupillaires, etc.), ce qui coïncide avec l'absence habituelle de lésions méningées à l'autopsie.

*
* *

A titre de complications, je dois signaler dans mes observations personnelles :

1° Des *convulsions* elles se sont produites 3 fois, dont 3 fois suivies de mort en état de mal. On s'accorde généralement à leur attribuer une origine urémique. L'état des reins à l'autopsie m'autorise à accepter cette interprétation.

2° Dans un cas, la crise éclamptique laissa à sa suite une *hémiplégie droite avec aphasie* qui, deux mois après le moment de sa production, restait permanente.

Cet accident, très rare dans le typhus, est pourtant signalé par Murchison, Trousseau, Huss, Barallier. Il reste néanmoins une exception, puisque Murchison, dont les observations portent sur 15.000 cas de typhus, ne l'a noté que 2 fois. Cette hémiplégie est parfois curable.

L'absence constante de lésions valvulaires dans le typhus écarte l'idée d'embolie. Chez ma malade, l'ictus se fit au moment de l'entrée en convalescence ; la température, au lieu

de tomber franchement, stationnait anormalement depuis quelques jours à 38°, ce qui me permet de penser à un foyer d'encéphalite infectieuse.

Je n'ai pas observé de troubles névritiques ni de psychose post-typhique. Ces accidents ne sont pas habituels à la maladie.

***

La gravité du typhus est en raison directe de l'intensité des symptômes nerveux ; ils commandent le pronostic, comme l'avaient bien noté déjà les anciens auteurs. Tous les auteurs anglais (à qui nous devons les meilleures descriptions de la maladie), avaient déjà souligné que *la gravité de l'atteinte était en raison directe de la culture intellectuelle et du niveau social.*

J'ai pu vérifier cette loi en Tunisie. *Le typhus est beaucoup plus grave chez l'Européen que chez l'Arabe* ; alors que la mortalité atteignait 18 % pour les Européens, elle restait au-dessous de 10 % chez les indigènes. Les formes nerveuses graves sont l'exception chez ces derniers.

On peut se demander si cette gravité plus grande pour l'Européen n'est pas due à ce qu'il possède un système nerveux plus différencié, partant plus délicat et plus vulnérable. Je verrais là volontiers un phénomène comparable à ce qui se passe dans une autre maladie très élective aussi pour le système nerveux, la syphilis ; la syphilis nerveuse est rare, comme on le sait, chez l'indigène, tout autant syphilitique pourtant que le blanc, mais moins cérébral que lui.

M. Courtellemont. — M. Porot a-t-il pratiqué la ponction lombaire chez le sujet qui a conservé une hémiplégie à la suite de sa maladie ?

M. Porot. — Non ; la ponction bombaire n'a pas été pratiquée dans ce cas ; mais pas plus dans ce cas que dans aucun autre je n'ai trouvé cliniquement de signes proprement méningés (signes de Kernig, troubles oculo-pupillaires, etc.)

M. Granjux. — Notre confrère attribue la plus grande activité du typhus exanthématique, chez l'Européen, à une différence de race, ou plus exactement à la différence du système nerveux chez les Européens et chez les indigènes. Il nous semble que l'état de misère physiologique, de déchéance organique où se rouvaient les typiques européens observés par M. Porot, est suffisant pour expliquer la grande mortalité de ces malades. On conçoit que devant des misères excessives, exceptionnelles, des organismes européens se défendent moins bien que des indigènes, accoutumés depuis longtemps aux privations. A l'appui de cette conception, nous rappellerons l'histoire de ce bataillon de chasseurs à pied enfermé pendant quatre jours dans la Bourse du travail, dans des locaux encombrés et surchauffés, atteint consécutivement de fièvre typhoïde frappant légèrement les hommes, plus gravement les sous-officiers, et très sévèrement les officiers. Les atteintes ont été, en somme, en raison inverse du degré d'accoutumance aux conditions anti-hygiéniques. Il y a là une sorte de loi physiologique qui me semble, mieux que la différence de races, expliquer la gravité du typhus exantématique chez l'Européen.

M. Porot. — Les considérations d'ordre social développées par M. Granjux sont peut-etre acceptables en ce qui concerne la mortalité dans le typhus exanthématique ; encore peut-on se demander si cette accoutumance dont il parle ne se réduit pas en dernière analyse à un phénomène de résistance nerveuse. Mais il n'en reste pas moins un fait de pure constatation clinique qu'elles n'expliquent pas : c'est la richesse, la fréquence et l'intensité des symptômes nerveux chez l'Européen, leur rareté et leur sobriété chez l'indigène ; c'est pour ce fait surtout que je mets en avant la différenciation des cerveaux.

Fugue confusionnelle et Catalepsie post-paroxystique chez une epileptique âgée, par M. Dupré et Mme Long-Landry.

Nous désirons présenter au Congrès l'observation résumée d'un cas d'automatisme ambulatoire, survenu chez une vieille femme, à la suite d'un accès comitial et que ses caractères cliniques permettent de rattacher à une crise de confusion mentale postparoxystique, apparue chez la malade après un accès convulsif épileptique.

Cette observation est intéressante non seulement parce qu'elle fournit l'occasion de discuter la nature de certaines fugues chez les épileptiques, mais encore par les éléments mêmes du syndrome présenté par la malade : stupeur, catalepsie, enfin obnubilation du souvenir des faits de la crise comme après les périodes confusionnelles, et non oubli complet de ces faits comme après l'accès épileptique.

Les photographies ci-jointes, que nous devons à l'obligeance du Dr René Charpentier, nous dispenseront d'insister sur la description des attitudes cataleptiques.

Observation

Le 22 juillet 1909 arrivait à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police une femme de 66 ans, amaigrie et dans un état d'extrême fatigue, que des agents de police avaient trouvée errante, la veille au soir, dans les environs de Saint-Denis. Elle racontait, à ce moment, avoir eu une longue conversation avec Dieu et la Vierge et demandait une grande échelle pour monter au Ciel : « Dieu lui avait dit que le chemin serait long. »

A son arrivée à l'Infirmerie, la malade reste devant nous, quelle que soit sa position, debout ou assise, dans une immobilité à peu près absolue, les yeux creux, atones, comme perdus dans le lointain, avec le regard fixe et vide d'une statue et le corps figé dans une sorte d'attitude extatique.

Elle ne parle pas spontanément, mais elle est capable, en réalité, de répondre, quoique avec lenteur, avec une précision relative aux questions qu'on lui pose sur sa situation de famille. L'amnésie et la confusion apparaissent quand on l'interroge sur l'emploi

de son temps pendant les jours précédents et sur sa situation actuelle. Elle ignore d'où, comment et pourquoi elle est partie, et ce qu'elle a fait depuis son départ, dans cette fugue au cours de laquelle elle a été arrêtée. Elle parle seulement des visions célestes et des conversations avec Dieu qu'elle a eues, « peut-être, ajoute-t-elle spontanément, dans un rêve. » Ni anxieuse, ni agitée, ni interrogatrice, la malade paraît indifférente à sa situation et plongée dans une torpeur crépusculaire qui n'exclut pas cependant une certaine lucidité dans l'évocation provoquée des souvenirs lointains.

Cet état d'inertie et d'indifférence psychiques s'accompagne d'un état cataleptique extrêmement remarquable, que révèle la persistance des attitudes imprimées à la malade et que démontre l'existence de la flexibilité cireuse et de la docilité passive de tout le système moteur. Les attitudes cataleptiques persistent dans les positions communiquées de trente secondes à plus d'une minute, puis le membre retombe doucement, suivant les lois de la pesanteur. L'intensité de la catalepsie est beaucoup plus marquée, comme c'est la règle, aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

Le lendemain, à Sainte-Anne, la malade reste dans le même état. Le surlendemain, elle se réveille un peu, raconte d'une voix lente, monotone et indifférente, l'emploi de son temps pendant sa fugue, mais sans conserver dans son récit l'ordre chronologique. Elle décrit une série d'épisodes successifs, de scènes qu'elle a vécues, comme autant de tableaux qui repasseraient devant sa mémoire visuelle. Trois jours après son entrée à Sainte-Anne, elle ne reconnait pas les personnes qu'elle a vues soit à l'Infirmerie, soit au dehors pendant sa fugue.

Quelques jours après, les attitudes cataleptiques disparaissent progressivement, d'abord aux membres inférieurs, puis aux membres supérieurs. La malade sort peu à peu de son état de torpeur, d'indifférence et d'inertie et elle raconte, avec plus de cohérence et de suite, les événements reliés à sa fugue et à son séjour à Sainte-Anne. Elle est partie brusquement de chez elle après une discussion avec sa bru et pendant trois jours elle a marché sans s'arrêter, sans savoir où elle se dirigeait, sans envie de dormir ou de manger. Elle a suivi une rivière pendant très longtemps, traversé des voies de chemin de fer, vu un très beau cimetière; elle est entrée dans une église où elle a eu la vision et la conversation avec Dieu, etc... Elle se souvient qu'un homme lui a offert





un verre de vin, puis lui a fait des propositions qu'elle a repoussées. Elle s'est même retournée pendant longtemps pour s'assurer qu'il ne la suivait pas. Un autre l'a fait manger. Enfin, dans une maison où elle était entrée, deux gendarmes sont venus la prendre, l'ont conduite dans une chambre où elle a dormi sur une planche (poste de police). Le lendemain matin, on la transportait en voiture dans une maison où on l'a interrogée (Infirmerie spéciale) puis, de là, elle est allée à Sainte-Anne. Les grandes lignes de ce récit ont été reconnues exactes, dans la mesure où elles ont pu être contrôlées. Les personnes qu'elle a vues dans sa période délirante lui apparaissent maintenant sous un autre aspect, mais elle les reconnaît bien.

Quelques jours plus tard, la malade, encore améliorée, a la pleine conscience de sa situation et peut être considérée comme revenue à son état normal. On constate cependant chez elle la persistance de l'indifférence, de l'apathie. La malade ne parait nullement étonnée ni inquiétée de l'aventure qu'elle vient de traverser.

L'examen somatique a démontré l'intégrité de tous les grands organes, l'absence de toute modification pathologique des urines. Il existe seulement un léger état dyspeptique gastro-intestinal, avec constipation habituelle, pesanteur abdominale, teint légèrement jaunâtre, sans ictère saisissable. Pas de lésion artérielle pérceptible. Quelques ulcères variqueux aux deux jambes. Pas d'alcoolisme saisissable dans les antécédents.

L'étiologie des accidents a été éclairée par les renseignements obtenus de l'entourage et confirmés par la malade. Celle-ci est sujette, depuis son enfance, à des accès épileptiques, d'ailleurs très rares, presque toujours nocturnes, suivis d'amnésie et d'abattement. La veille de sa fugue a précisément éclaté une crise convulsive, et nous avons été témoin d'un autre accès, dans le service même, quelques jours avant la sortie de la malade. L'existence de la névrose comitiale n'a entravé ni par ses accès, ni par les conséquences ou les équivalents de ceux-ci, la vie familiale et professionnelle de cette femme qui fut très longtemps domestique, se maria, eut deux enfants et habite chez son fils où elle s'occupe activement du ménage. Cet épisode de délire et de fugue paraît être le premier qu'ait présenté la malade.

Discussion. — Le diagnostic de la nature même du syndrome présenté par cette malade, abstraction faite de la notion de

l'existence chez elle du mal comitial, n'est pas douteux. Il s'agit d'une fugue automatique, demi-consciente, exécutée dans une crise de confusion mentale, avec hallucinations surtout visuelles, idées délirantes mystiques vagues, obnubilation mais non abolition des souvenirs des faits de la crise, une fois celle-ci passée, et syndrome, dans le décours de la crise, de torpeur psychique et de catalepsie motrice. A l'Infirmerie spéciale et à Sainte-Anne, l'attitude, la mimique, le langage et les réactions de la malade imposaient le diagnostic d'un état somatopsychique d'épuisement, de torpeur et de confusion. L'étiologie seule de ces accidents subaigus faisait défaut, en raison du résultat négatif de l'examen des organes, de l'analyse des urines et de la recherche des causes toxiques ou infectieuses. L'enquête anamnestique a résolu le problème, en nous apportant la notion de l'existence ancienne chez la malade de l'épilepsie, et de l'apparition brusque des accidents actuels quelques heures après un accès convulsif.

C'est dans la période postparoxystique d'épuisement cortical, qui a suivi l'accès, que notre malade a été prise de cette impulsion automatique à la déambulation et qu'elle a accompli sa fugue, au cours d'une crise de confusion mentale hallucinatoire et délirante ; et cette crise a seulement obnubilé et non pas aboli la conscience et la mémoire des images perçues et des actes accomplis durant la crise morbide.

Le syndrome cataleptique exprime bien, dans le domaine de la psychomotilité, l'épuisement du système nerveux, la dissociation par adynamie temporaire des liens fonctionnels qui unissent l'activité psychique et l'activité motrice.

L'ensemble du syndrome (fugue, confusion, onirisme, phénomènes physiques de fatigue) apparait bien lié, chez notre malade, par son époque et son mode d'apparition à l'accès épileptique. Cependant il se différencie, par la conservation relative des souvenirs de la crise, de nombre des faits d'automatisme ambulatoire comitial, même en éliminant de ceux-ci les cas d'hystérie et de simulation, ainsi que l'on fait Joffroy et Dupouy (1)

(1) Joffroy et Dupouy. — Fugues et vagabondage, pages 307, 343 et suivantes ; Paris 1909.

dans une critique judicieuse de l'histoire de l'automatisme ambulatoire.

Notre observation apporte un fait de plus à la série des cas d'épilepsie mnésique (Ducosté, Maxwell, etc...) et montre bien les rapports qui unissent les dysmnésies crépusculaires ou confusionnelles, de tout ordre et de tout degré, qu'on observe dans les états toxiques, avec les troubles de la mémoire de nature épileptique. Les amnésies épileptiques se rapprochent ainsi, par nombre de caractères, des amnésies toxiques, surtout si on considère celles qui succèdent non pas directement aux accès convulsifs, mais celles qui suivent les crises postparoxystiques ou les équivalents, et les accès du petit mal intellectuel.

L'un de nous (1) a publié, avec René Charpentier, l'histoire d'un accès subaigu d'alcoolisme, au cours duquel le malade fit une longue fugue : pendant cette fugue, il eut un accès épileptique. A la suite de cette crise d'onirisme et de fugue, compliquée d'épilepsie, l'interrogatoire du sujet permit de reconnaître au point de vue de la mémoire des faits de la crise morbide, trois périodes : une première de dysmnésie très accentuée ; une seconde, d'amnésie absolue, et une troisième de dysmnésie légère, durant laquelle les souvenirs des faits récents revenaient, imprécis et lacunaires, mais cependant assez nombreux et assez suivis pour permettre, comme chez notre malade, de reconstituer à peu près l'emploi du temps du sujet. Deux périodes de dysmnésie d'inégale intensité encadraient ainsi une période intermédiaire d'amnésie lacunaire, circonscrite, absolue. La dysmnésie incomplète des phases initiale et terminale de la fugue avait les caractères de l'obnubilation de la mémoire correspondant aux périodes confusionnelles et oniriques. L'amnésie lacunaire complète de la phase moyenne de la fugue avait au contraire les caractères de l'amnésie épileptique.

Il est intéressant de rapprocher, au point de vue de l'étude des troubles de la mémoire, le cas de cet homme du cas de

(1) Dupré et René Charpentier. — Fugue hallucinatoire avec ictus épilep-leptique intercurrent chez un alcoolique chronique. Soc. de Psychiatrie, 19 Novembre 1908.

cette femme. Ce rapprochement montre, en effet, que tandis que notre homme a présenté un accès épileptique au milieu d'une période de confusion mentale onirique avec fugue délirante, de nature toxique, notre femme a présenté une crise de confusion mentale entre deux accès épileptiques. Dans le premier cas, c'est la confusion mentale d'origine alcoolique qui encadre l'accès comitial ; dans le second cas, ce sont les accès comitiaux qui encadrent la crise confusionnelle. Dans le premier cas, c'est l'intoxication qui provoque, au cours d'un délire, un accès convulsif ; dans le second cas, c'est l'épilepsie qui engendre, à la suite d'un accès, une crise délirante. Dans les deux cas, l'amnésie, d'origine auto ou hétérotoxique, est proportionnelle à l'intensité de la confusion mentale. Et, comme pour démontrer les étroites relations des intoxications et de l'épilepsie, dans le premier cas, c'est le processus toxique qui engendre l'épilepsie (épilepsie toxique), et, dans le second cas, c'est l'épilepsie qui engendre la confusion mentale (confusion mentale épileptique). L'épilepsie peut donc être considérée, suivant les cas, tantôt comme l'effet, tantôt comme la cause de l'intoxication cérébrale. Effet ou cause, l'épilepsie s'accompagne souvent d'autres symptomes d'encéphalopathie toxique ; seulement ceux-ci, dans le premier cas, précèdent et encadrent l'accès convulsif ; tandis que, dans le second cas, comme chez notre malade, le syndrome toxique, produit par l'ébranlement du cerveau et l'épuisement de l'écorce, suit l'accès convulsif et présente à la fois les caractères des psychoses toxiques (confusion, onirisme, hallucinations, catalepsie, etc...) et ceux du mal comitial (impulsivité, procursion, automatisme).

La Débilité motrice dans ses rapports avec la débilité mentale et l'insuffisance pyramidale physiologique du premier âge, par E. Dupré, professeur agrégé, et Prosper Merklen, ancien interne de Hôpitaux.

L'un de nous a décrit, sous le nom de Syndrôme de débilité motrice (1), un état pathologique congénital de la motilité, souvent héréditaire et familial, caractérisé par l'exagération des réflexes tendineux, la perturbation du réflexe plantaire, la syncinésie, la maladresse des mouvements volontaires, et enfin par une une hypertonie musculaire diffuse ; il donne à cette dernière l'appellation de *paratonie.*

Dupré applique le terme de paratonie à un trouble particulier de la motilité des membres, constitué par *l'impossibilité de réaliser volontairement la résolution musculaire.* Pour la mettre en lumière, le meilleur moyen consiste a demander au sujet de relacher volontairement un des membres supérieurs : on l'invite a faire « le bras mort », en laissant le membre pendre inerte et flasque, le long du thorax, et en le laissant en outre obéir passivement aux divers mouvements communiqués. H. Meige (2) a eu, dès 1903, le grand mérite d'indiquer un procédé tres simple pour dépister, dans la catatonie et les tics, les troubles latents de la contractilité musculaire. Il fait etendre les membres superieurs horizontalement en croix, les soutient un certain temps dans ses mains au niveau du tiers inférieur des bras, et commande au sujet de les laisser retomber par leur propre poids aussitot qu'il les abandonne à eux-mêmes. « Phenomene de la chute des bras » (Meige), et « manœuvre du bras mort » (Dupré) mettent en jeu la même propriété fondamentale de la musculature striée : l'aptitude à entrer volontairement en résolution. Chez les paratoniques, les muscles examinés se contractent a un degré d'intensité et d'étendue variable,

(1) Dupré. *Société de Neurologie*, 6 juin 1907.

(2) H. Meige. L'aptitude catatonique et l'aptitude échopraxique des tiqueurs. Les exercices thérapeutiques de détente. *Congrès intern. de medecine*, Madrid 1903. — Le phénomène de la chute des bras. *Congrès des alienistes et neurologistes*, Bruxelles, 1903, vol. II, p. 59. *Société de Neurologie* 3 décembre 1908. — Le phénomène de la chute des bras. Sa signification clinique, ses conséquences thérapeutiques. *Gaz. des hôpit.*, 26 octobre 1908

mais toujours proportionnel aux efforts accomplis par le sujet pour les relâcher ; ils provoquent le maintien du membre, spontané et plus ou moins marqué, dans les positions ou attitudes qu'on lui imprime. Dans cette anomalie du tonus musculaire, le muscle entre en un état de tension, d'hypertonie, qui a pour conséquence de mettre les segments de membre intéressés dans une attitude cataleptoïde momentanée; la volonté peut, d'ailleurs, aussitôt modifier ces positions et ces attitudes, mais par le moyen de contractions actives, et non par la résolution musculaire, qui, par définition, échappe, chez les paratoniques, à l'influx volontaire.

Il s'agit donc, en résumé, d'une *insuffisance de pouvoir d'inhibition volontaire* sur la musculature des membres : car, en dehors de la volonté, les muscles sont, chez les paratoniques, dans les états de sommeil, de distraction, etc., aussi capables de relâchement et de flaccidité que chez les autres sujets. Cette insuffisance du pouvoir d'inhibition volontaire est tellement répandue, surtout à ses degrés inférieurs, que, lorsqu'elle est peu prononcée, elle reste toujours latente et ne mérite pas le nom de trouble, au sens pathologique du mot. Elle n'est intéressante à étudier qu'à ses degrés élevés, et dans ses associations avec d'autres troubles du système moteur.

La paratonie est généralement bilatérale, mais asymétrique ; elle est plus intense d'un côté que de l'autre. Elle est parfois nulle d'un côté et légère de l'autre.

Un excellent procédé de recherche de la paratonie, lorsque celle-ci est très légère, consiste à l'exagérer en faisant contracter énergiquement le poing du côté opposé. Cette manœuvre montre les rapports étroits qui existent entre la paratonie et la syncinésie ; elle démontre aussi que paratonie et syncinésie sont deux troubles, par insuffisance, de l'inhibition motrice.

Presque tous les sujets paratoniques sont peu aptes à l'exécution des mouvements délicats, compliqués ou rapides ; ils se montrent, dans la vie courante, malhabiles, gauches, « empotés », comme l'on dit. La plupart des domestiques maladroits, des casseurs incorrigibles, sont des paratoniques atteints de syncinésie à la contraction de l'une des mains et chez

lesquels on constate fréquemment des anomalies uni ou bilatérales de la réflectivité plantaire.

La *maladresse constitutionnelle*, celle qui persiste malgré l'exercice et l'entraînement, celle qui résiste aux efforts de la meilleure volonté, est liée à la paratonie et à la syncinésie et traduit, comme ces signes, un degré plus ou moins prononcé de débilité congénitale de la motricité.

Prosper Merklen (1) a rattaché au syndrôme de la débilité motrice une variété d'énurésie infantile. Reprenant la remarque de Freud sur la fréquence de l'hypertonie des membres inférieurs chez les petits incontinents, il a établi les relations qui existent entre certaines énurésies et le syndrôme de la débilité motrice. Il a trouvé chez 26 énurésiques 18 débiles moteurs.

En faisant connaître ce syndrôme, Dupré l'a rapporté à une insuffisance du faisceau pyramidal, soit par agénésie essentielle, soit après une légère encéphalopathie des premières années.

Il est naturel d'observer l'insuffisance de développement du cerveau moteur et de ses dépendances chez les sujets qui présentent. en même temps, de l'insuffisance de développement du cerveau psychique. Aussi constate-t-on fréquemment l'association de la débilité motrice à la débilité mentale. La thèse de Naudascher (2) est précisément consacrée à l'étude statistique et clinique de la concomitance des deux syndromes. Méry et Armand-Delille (3) ont, de leur coté, présenté a la Société de Neurologie deux petits débiles mentaux atteints du syndrôme le plus net de la débilité motrice.

De même qu'existent, dans la débilité psychique, non seulement de nombreux degrés, mais de nombreuses variétés (débilité intellecteulle dans ses multiples modalités et nuances: mémoire, jugement, aptitudes, etc. ; débilités affective, morale,

(1) Prosper Merklen. De l'énurésie hypogénésique des enfants. L'enuresie élément du syndrome de débilité motrice d'inhibition. *Société de Pédiatrie*, juin 1909, et *Tribune médicale*, 4 juillet 1909. — Présentation d'un enfant atteint de débilité motrice d'inhibition avec énurésie hypogénésique. *Société de Psychiatrie*, 24 juin 1909.

(2) Naudascher. Syndrome de débilité motrice dans les débilités mentales. *Thèse Paris*, 1907-1908.

(3) Méry et Armand-Delille. Syndrome de débilite motrice chez deux enfants atteints de débilité mentale. *Societé de Neurologie*, 6 fevrier 1908.

volontaire ; débilités partielles, électives, etc.), de même existent, dans la débilité motrice, non seulement tous les échelons, mais tous les genres. C'est ainsi qu'on pourra souvent constater la dissociation du syndrome de la débilité motrice et l'absence dans le tableau clinique de tels ou tels de ses éléments.

Dans la pratique, c'est aux différents degrés de la débilité mentale, et d'ordinaire proportionnellement à ces degrés mêmes, qu'on observe la débilité motrice. Celle-ci, cependant, ne se rencontre pas que chez les débiles psychiques. On peut en retrouver les éléments (paratonie, syncinésie, maladresse etc.), chez des individus psychiquement normaux et même intellectuellement supérieurs. Cette dissociation des deux syndrômes, mental et moteur, s'explique aisément grâce à l'indépendance relative des zônes psychique et motrice sur le manteau cortical.

De même, certains grands débiles et certains idiots offrent un développement remarquable de la force et de l'agilité motrices, qui démontre, par un exemple inverse, que le cerveau moteur est parfois épargné alors que le cerveau psychique a été arrêté dans son évolution. On connaît des idiots dont l'agilité, l'adresse, l'aptitude aux jeux d'équilibre, jointes à leurs manies de grimacer, de flairer, etc., affectent de remarquables analogies avec celles du singe. H. Wallon et Léon Kindberg (1) ont communiqué un cas intéressant de cette forme d'idiotie ; s'appuyant sur de semblables faits, l'un de nous rappelait, à ce propos, que la motilité et l'intelligence peuvent être, dans leur développement normal, comme dans leurs atteintes morbides, dissociées et relativement indépendantes.

Or, il est un âge auquel on constate normalement l'insuffisance de développement du cerveau psychique et du cerveau moteur avec ses dépendances : c'est la première enfance, durant laquelle le nourrisson représente un débile mental et moteur physiologique. La débilité motrice se traduit précisément, chez le jeune enfant, par les éléments du syndrôme plus haut signalé : hypertonie, troubles des réflexes, syncinésie, énurésie, etc. Cette débilité motrice, dont l'expression clinique

(1) H. Wallon et Léon Kindberg. Un enfant sitiophobe et flaireur. *Société de Psychiatrie*, 17 décembre 1908. — Discussion : Dupré.

(attitudes en flexion, synergies motrices, etc.), a frappé tous les observateurs de l'enfance et a été déjà reproduite fidèlement par les artistes anciens, peintres ou statuaires, fut l'objet d'interprétations variées.

Certains auteurs expliquent, en effet, l'attitude spasmodique du petit enfant par la prolongation. durant les premières semaines, de la position du fœtus *in utero*. Pour d'autres, cette conception purement mécanique paraît insuffisante.

Parmi les travaux les plus importants sur ce point, il convient de citer celui de Hochsinger (1), qui a décrit la *myotonie des nourrissons*. Il lui confère son individualité, en détaille les particularités, et insiste notamment sur le phénomène du poing (Faustphaenomen), qui consiste en une contracture de la main sous l'influence d'une pression exercée au niveau des branches du plexus brachial et qui tient à l'absence de réflexe des centres d'arret. D'apres nos recherches, le phénomène du poing n'est pas constant, car dans un certain nombre de cas l'excitation du plexus brachial provoque l'extension et l'abduction des dogits. Cette circonstance montre la variété de réaction des différents nourrissons à l'excitation neuro-musculaire. La ormule motrice de chaque sujet s'affirme ainsi dans ses variétés dès le début de la vie

Hochsinger s'attache a différencier la myotonie de la tétanie, en spécifiant que les nerfs et les muscles du myotonique sont dépourvus d'hyperexcitabilite mécanique et galvanique. Thiemich (2) signale également l'hypertonie musculaire généralisée sans spasmophilie . Saint-Ange Roger (3), dans une thèse très étudiée, tend, par contre, a trouver dans la myotonie des nourrissons une forme fruste de tétanie ; mais ses arguments ne nous paraissent pas de nature à entraîner la conviction. Francioni (4) assimile aussi certaines formes de tétanie à la myotonie et ne voit alors là qu'une seule et même manifes-

(1) Hochsinger. Die myotonie der Saüglinge und deren Beziehungen zur Tetanie. Wien. 1900. — La myotonie des nourrissons et la tétanie. *Revue mens. des maladies de l'enfance*, juin 1902.

(2) Thiemich. Handbuch der Kinderheilkunde. Band II, Hälfte II, p. 761.

(3) Saint-Ange Roger. Les formes rares de la tetanie infantile *These Paris*, 1901-1902.

(4) Francioni. Le sindrome motorie della prima infanzia. *Rivista sperimentale di freniatria*, 1907, t. 33, p. 449 et 780.

tation morbide. On doit cependant, selon nous, considérer, avant tout, la myotonie comme un phénomène physiologique dans le premier âge ; il devient anormal, soit par sa persistance dans les années ultérieures, soit par son exagération sous l'effet de certains troubles pathologiques (infections intestinales, maladies toxi-infectieuses, syphilis, etc.).

C'est pour avoir méconnu cette myotonie habituelle du nouveau-né qu'on a tenté d'opposer la rigidité du prématuré à la tonicité musculaire de l'enfant né à terme, assimilée à tort à celle de l'adulte. L'hypertonie existe chez le nourrisson de neuf mois et chez celui de sept mois ; mais elle est déjà atténuée chez le premier, parvenu à un stade de développement plus avancé. Il n'y a là qu'une différence de degré.

P. Marie, dans son article sur la maladie de Little (1), mentionne et commente heureusement l'aspect normal des nouveaux-nés, spécifié par de la raideur musculaire et une sorte de rigidité au point que l'on pourrait dire presque sans exagération que tout enfant est à sa naissance, par suite du défaut de développement de son faisceau pyramidal « en puisssance » de maladie de Little. Il suffit de regarder un nouveau-né, de cons ater la raideur en flexion de ses membres, des membres inférieurs surtout, la lenteur de ses mouvements, ses tics et ses grimaces spasmodiques, les mouvements athétosiformes de ses mains et de ses doigts, de ses pieds et de ses orteils, pour se convaincre que, s'il était en âge de parler et de marcher, il présenterait l'aspect presque caractéristique du syndrôme de Little à peine atténué (Léri).

Le tableau de P. Marie met bien en relief l'existence chez le nourrisson de l'hypertonie musculaire, à laquelle Dupré applique, chez les sujets plus âgés, la dénomination de paratonie. Plusieurs auteurs, Laurent et Bichowski en particulier, ont attiré l'attention sur l'exagération des réflexes tendineux du jeune enfant ; d'autres, plus nombreux, et spécialement Léri, ont prouvé que l'extension des orteils est chez lui une règle absolue (2). Si l'on y ajoute l'incertitude et l'hésitation des

(1) P. Marie. Traité de Médecine Bouchard-Brissaud. Article Tabès dorsal spasmodique (maladie de Little), t IX.

(2) Voir sur ces points Crocq. Physiologie et pathologie du tonus muscu-

mouvements, qui sont comme le balbutiement d'une volonté naissante (Brissaud), et représentent l'ébauche physiologique de la maladresse des paratoniques, si l'on y ajoute enfin les mictions involontaires, on se convaincra sans peine que les éléments constitutifs de la débilité motrice des nouveaux-nés, envisagés isolément, sont chacun bien connus. Mais ces notions doivent être groupées ensemble ; elles constituent une synthèse clinique de laquelle il est possible de remonter à une synthèse pathogénique, en cherchant le déterminisme de tous les éléments de la débilité motrice dans l'insuffisance normale de développement du faisceau pyramidal.

L'évolution de ce faisceau, on le sait, n'est pas encore terminée à la naissance. Depuis que Flechsig a vu, à l'aide de la méthode de Weigert, que, seul de tous les faisceaux médullaires, il n'est pas myélinisé à la fin de la vie intra-utérine, différents travaux ont complété nos connaissances sur cette question.

Brissaud (1) détaille, en termes expressifs, les effets de l'insuffisance de développement du faisceau pyramidal. Lorsque l'enfant naît à terme, il est complet, il est prêt pour la vie. Lorsqu'il naît avant terme, il n'a plus, pour parfaire son évolution, cette suractivité trophique qui est le propre de la vie fœtale. Il va s'accroître suivant les procédés de la vie au grand jour, qui, relativement à ceux de la vie utérine, sont d'une intensité infiniment moindre. Or, vous n'ignorez pas que c'est pendant les dernières semaines de la vie uterine que le cerveau parachève son développement. C'est pendant les dernières semaines que s'établit la grande anastomose cortico-spinale, qui représentera plus tard le *faisceau pyramidal*, c'est-a-dire le faisceau des mouvements volontaires. L'enfant qui voit la lumière à six mois perd du coup tous les privilèges du fœtus : on a beau l'envelopper dans du coton, l'enfermer dans une couveuse à une température de matrice, tout cet ingénieux artifice est bien imparfait à coté des ressources de la nature. Bref, le faisceau pyramidal, le dernier qui reste à naître, n'existe

laire, des réflexes et de la contracture. Rapport au *Congres des aliénistes et neurologistes* de Limoges 1901, et HUTINEL et BABONNEIX. *Les maladies des enfants*, tome v. p. 25.

(1) BRISSAUD. Leçons sur les maladies nerveuses, 1893-94. Maladie de Little et tabès dorsal spasmodique, page 118.

pas au moment de la naissance. Il ne lui fallait dans le sein maternel que trois ou quatre semaines pour être complet, il lui faudra, au dehors, des mois et des années pour aboutir à une maturité qui peut-être ne sera jamais parfaite. A la place que devaient occuper, dans la moelle épinière, les fibres volontaires du faisceau pyramidal, il n'y aura qu'une traînée de



Coupe de moelle d'un enfant de 8 mois au niveau de C. VII

Les zones claires représentent l'agénésie des faisceaux pyramidaux croisés et directs.

(Due à l'obligeance de Mme Déjerine).

névroglie inerte, sans autorité sur les cornes antérieures. Le faisceau, dont le rôle consiste à transmettre aux centres spinaux les ordres de l'écorce cérébrale, sera représenté par une substance vivante, sans doute, mais non spécialisée, privée de son rôle physiologique normal et n'exerçant d'autre action sur les centres médullaires qu'une *stimulation morbide* incessante. De là, résultera le *tonus spasmodique*, de là cet état de contracture permanente qui ressemble si étrangement à celle

des dégénérations descendantes d'origine cérébrale, mais qui en diffère essentiellement à l'origine, puisque le faisceau pyramidal, loin d'être dégénéré, n'a encore jamais existé.

Peu de temps après, Van Gehuchten (1) apporte des renseignements anatomiques précis. Par l'imprégnation argentique avec le Golgi, il montre que, si les fibres pyramidales existent dans le bulbe du septième mois de la vie intra-utérine, elles font défaut dans la moelle ; au neuvième mois, il les suit dans le trajet médullaire où elles occupent déjà la région lombaire. La coloration au Weigert lui permet de noter que leur myélinisation n'est définitive que cinq mois après la naissance.

Le professeur Grasset (2) rattache aussi l'hypertonie de la maladie de Little à l'agénésie de la portion spinale du faisceau pyramidal.

Mme Dejerine a eu l'obligeance de choisir dans sa riche collection une préparation de coupe de moelle pratiquée au niveau de la 7e cervicale chez un fœtus de 8 mois : elle démontre bien l'absence de myélinisation du faisceau pyramidal à ce moment.

Cestan (3) relate une différence appréciable dans les dimensions des cylindraxes moteurs centrifuges et des cylindraxes centripètes du jeune enfant et insiste sur le parachèvement de la voie cortico-médullaire qui varie probablement avec chaque individu, puisque le début de la marche varie aussi avec chaque individu, tout désordre pathologique mis à part.

Crocq, qui a consacré un si remarquable travail, dans son rapport au Congrès de Limoges (4), à l'étude du tonus et des contractures, montre bien que l'hypertonie congénitale ou acquise est en relation avec l'insuffisance ou la lésion des voies longues et la prédominance ou la réintervention des voies courtes.

Bechterew, dans son dernier ouvrage (5), illustre de schémas instructifs ce même fait de myélogénèse, tout en détaillant

(1) Van Gehuchten. Faisceau pyramidal et maladie de Little. *Journal de Neurologie de Bruxelles*, 1896, n° 13, p. 266.

(2) Grasset. Les contractures et la portion spinale du faisceau pyramidal. *Nouveau Montpellier médical*, 1899, t. VIII et *Revue Neurologique*, 28 février 1899.

(3) Cestan. Le syndrome de Little. *Thèse de Paris*, 1898-99.

(4) Crocq. *Loco citato.*

(5) Bechterew. Les voies de conduction du cerveau et de la moelle. Traduction Bonne, Paris, 1900.

surtout le développement embryogénique du faisceau postérieur.

L'étude comparative du développement de la moelle chez les fœtus de grossesses multiples et chez les fœtus de même âge de grossesse simple, a montré à G. Catola (1) un retard considérable de la myénilisation des faisceaux blancs et des racines, portant sur le nombre de fibres et l'épaisseur des gaînes myéliniques, chez les fœtus jumeaux, notamment dans un cas de grossesse trigémellaire, terminée par l'avortement.

La pauvreté et la simplicité des mouvements du nouveau-né, que Preyer, Mumford, etc, ont si judicieusement mises en relief, relèvent non seulement de l'état encore rudimentaire des voies motrices centrales, mais aussi des voies motrices périphériques. A. Porot (de Tunis) (2) a prouvé cette relation anatomo-physiologique de l'hypogénésie des voies périphériques avec l'indigence des mouvements du petit enfant, en étudiant, chez le nouveau-né, le plexus brachial, qui, par sa structure simple et schématique, se rapproche de celui des vertébrés supérieurs, et notamment des singes.

Par contre, on sait que, — et Bechterew en a fourni la démonstration, — les cobayes présentent, dès la naissance, un faisceau pyramidal complètement myélinisé, et qu'à ce développement parfait et précoce des voies motrices correspond l'exercice parfait et précoce de la motilité volontaire.

Les études de Raymond (3) et de Philippe et Cestan (4) ont fait ressortir la variabilité de nature et de degré des lésions du faisceau pyramidal dans le syndrôme de Little. Ces auteurs ont publié des cas où une rigidité spastique très prononcée coïncidait avec des altérations très minimes ou insaisissables du faisceau latéral. Tous les observateurs s'accordent, du reste,

(1) Giunio Catola. — Le processus de myélinisation de la moelle chez trois fœtus tri-jumeaux. *Revue Neurologique*, 30 octobre 1909.

(2) A. Porot. Morphologie et constitution du plexus brachial, chez le nouveau-né. Signification physiologique. *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Rennes, 1905.

(3) Raymond. Clinique des maladies du système nerveux, 3e série, 1896-97. Sur un cas de rigidité spasmodique des membres inférieurs (maladie de Little, Leçons XXIV et XXV.

(4) Philippe et Cestan. Etat du faisceau pyramidal (bulbe et moëlle épinière), dans quatre cas de contracture spasmodique infantile (syndrôme de Little. *Société de Biologie*, 18 décembre 1897.

à reconnaître la nécessité des lésions cérébrales, situées sur le trajet des voies motrices, pour déterminer le syndrôme de la diplégie spasmodique, mis à part naturellement le fait où, comme Déjerine (1) l'a constaté, la lésion siège dans la moelle supérieure. Mais il n'est pas besoin d'une altération grossière pour expliquer, en cas de lésions méningées ou cérébrales, rolandiques ou sous-rolandiques, l'insuffisance du tractus moteur. Il suffit d'admettre l'insuffisance fonctionnelle de l'anastomose cortico-spinale, consécutive à une lésion, soit macroscopique, soit microscopique, soit même à une insuffisance qualitative congénitale. C'est ici le lieu de rappeler l'opinion de Ganghofner qui soutient la possibilité d'une insuffisance fonctionnelle du faisceau pyramidal. Il en est ainsi pour nombre de débiles mentaux, chez qui l'examen, même microscopique, n'apporte aucune justification objective de l'insuffisance du cerveau psychique. On est obligé, dès lors, de conclure à une infériorité congénitale, quantitative ou qualitative, des éléments anatomiques du cerveau psychique. Ces minima anatomo-pathologiques, consécutifs eux-memes à des minima étiologiques, déterminent les variétés atténuées et les degrés légers de la débilité mentale.

Quel rôle joue l'appareil cérébelleux dans la genèse des différents éléments de la débilité motrice? C'est là un problème qui ne sera résolu que lorsqu'on pourra mettre en regard de cas cliniques simples, dégagés de toute encéphalopathie concomitante, l'état anatomique du cervelet et de ses dépendances. On observe souvent, en effet, des malades, la plupart du temps jeunes, atteints d'encéphalomyélopathies, à caractère familial qui offrent, associé a beaucoup d'autres symptomes, avec ou sans participation de l'intelligence, le syndrome de la débilité motrice. Klippel et Monier-Vinard (2) ont récemment présenté à la Société de Neurologie deux sujets de cette catégorie.

A titre de documents, nous rapportons un certain nombre

(1) Déjerine. Deux cas de rigidité spasmodique congénitale — maladie de Little — suivis d'autopsie. *Société de Biologie*, 13 mars 1897.

(2) Klippel et Monier-Vinard. Sur une forme particulière de maladie nerveuse familiale. *Société de Neurologie*, 5 mars et 2 avril 1908.

d'observations succinctes recueillies soit, à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, soit dans notre pratique hospitalière, soit dans notre clientèle urbaine.

Nous les divisons en quatre groupes. Dans le premier, prennent place les faits de débilité motrice et de débilité mentale associées à des degrés divers ; dans le deuxième, les cas où des stigmates de débilité mentale s'allient à un fonctionnement régulier, ou, tout au moins, à peu près régulier, du cerveau moteur et de ses dépendances ; dans le troisième, ceux, au contraire où les éléments du syndrôme de débilité motrice vont de pair avec un développement normal du cerveau psychique. Un dernier groupe, enfin, met en relief le caractère héréditaire et familial de la débilité motrice : l'insuffisance pyramidale se transmettant sous forme de tare élective, au même titre que les tares viscérales, hépatiques, rénales, aortiques, etc., dont les recherches cliniques et expérimentales de ces dernières années ont prouvé la réalité. On verra aussi, à la lecture de ces observations, que tous les éléments du syndrôme de débilité motrice sont loin de se montrer toujours associés chez un meme sujet.

PREMIER GROUPE

Association de débilité mentale et de débilité motrice

Obs. I. — *L...., Daniel*, 18 *ans*. Imbécillité avec perversions instinctives, impulsivité, désordre des actes, crises de colère. Inconscience de sa situation. Scoliose dorsale, exagération de l'excavation palatine. Bégaiement.

Impossibilité d'inhiber le tonus musculaire. Réflexes rotuliens un peu forts. Pas de syncinésie appréciable.

Obs. II. — *G...., Marie*, 20 *ans*. Idiotie, incapacité absolue de se diriger, inconscience de sa situation. Désordre des actes. Crises de colère. Gâtisme intermittent.

Enorme exagération des réflexes tendineux. Signe de Babinski bilatéral. Syncinésie. Résolution musculaire impossible.

Obs. III. — *L...., Marcelle*, 11 *ans* 1/2. Fille de mère alcoolique. Imbécillité avec demi-inconscience de sa situation. Troubles du

caractère avec colères fréquentes et violentes. Indocilité. Nécessité d'une surveillance constante. Gâtisme, onanisme.

Paratonie. Syncinésie plus prononcée à gauche. Signe de Babinski assez net à droite. Eventail et extension intermittente des orteils à gauche. Réflexes rotuliens difficiles à apprécier, réflexes achilléens très exagérés.

Obs. IV. — *S..., Gabriel, 20 ans*. Débilité mentale. Perversions instinctives. Violences envers sa mère. Sorti par évasion de Vaucluse, où il avait été interné. Intelligence mieux développée que la moralité.

Exagération notable des réflexes tendineux. Pas de réaction plantaire. Syncinésie moyenne à droite, légère à gauche. Maladresse. Paratonie.

Obs. V. — *G..., Pierre, 36 ans*. Débilité mentale. Alcoolisme chronique avec crises de délire subaigu. Ne sait ni lire, ni écrire, compte à peine.

Paratonie. Forte syncinésie bilatérale. Exagération des réflexes rotuliens. Pas de réaction plantaire. Ne paraît pas maladroit.

Obs. VI. — *P..., Augustine, 13 ans* 1/2. Débilité mentale, avec inaptitude absolue au travail, incapacité d'effort et d'attention, conscience incomplète de sa situation, absence d'affectivité, fugues. Mensonges. Gâtisme. Gloutonnerie. Négligence et saleté. Convulsions de un à deux ans.

Exagération des réflexes rotuliens. Pas de réaction plantaire à droite, signe de Babinski à gauche. Syncinésie légère à droite, plus marquée à gauche. Maladresse ; mouvements lents et gauches. Paratonie bilatérale, plus accusée à gauche.

Obs. VII. — *B..., Jeanne, 26 ans*. Débilité mentale avec inconscience de sa situation, incapacité de se diriger, absence des notions les plus élémentaires. Nécessité d'une surveillance continue. Signes de rachitisme. Hydrocéphalie.

Paratonie. Aspect gauche et empoté. Exagération diffuse des réflexes tendineux. Extension des orteils, surtout à gauche.

Obs. VIII. — *B..., Louis, 32 ans*, né à Livarot (Calvados). Débilité mentale profonde. Illettré ; sait à peine faire quelques petites additions. Fils de père et mère alcooliques, est lui-même

alcoolique depuis l'enfance. A un frère illettré également. Microcéphalie ; aplatissement de la voûte crânienne.

Périmètre céphalique : 52 cm.

Courbe biauriculaire : 27 cm.

Diamètre transversal biauriculaire : 13 cm.

Diamètre antéro-postérieur (racine du nez à protubérance occipitale externe) : 17 cm.

Ligne frontale allant de la racine du nez à l'origine des cheveux: 5 cm. 1/2.

Paratonie et syncinésie bilatérales très accentuées. Réflexes rotuliens très forts, surtout à droite, avec propagation contralatérale. Extension du gros orteil à droite sans éventail ; léger éventail à gauche. Maladroit de son propre aveu, casseur.

Obs. IX. — *P..., Raoul, âgé de* 13 *ans.* Idiotie. Convulsions dans la première enfance. N'a marché qu'à deux ans 1/2. Absolument illettré. Instabilité. Cropolalie. Quelques mouvements choréïques.

Paratonie. Syncinésie. Exagération de tous les réflexes tendineux. Signe de Babinski, à gauche.

Obs. X. — *G..., Charles,* 16 *ans.* Débilité mentale. Perversions instinctives. Vagabondage. Fugues. Tendances vicieuses.

Paratonie. Syncinésie, surtout à gauche. Réflexes exagérés. Casseur et maladroit.

Obs. XI. — *A..., R...,* 16 *ans.* Débilité mentale avec instabilité de l'attention, des idées et de la conduite. Absence de culture scolaire. Troubles du caractère, crises de colère, incapacité de travailler et de se diriger seul. Bégaiement. Quelques accès convulsifs dans la première enfance. Nécessité d'une surveillance constante.

Résolution musculaire volontaire à peu près normale, à droite, très diminuée, à gauche. Réflexes rotuliens exagérés. Syncinésie. Pas de réaction plantaire à droite ; à gauche, légère flexion à l'excitation du bord plantaire interne. Maladresse, gaucherie; casseur habituel.

Obs. XII. — *Le B..., Marie,* 22 *ans.* Débilité mentale. Incapacité de se diriger. Absence de discernement. Excès périodiques de boissons alcooliques. Illettrée et mythomane. Tentative de suicide.

Paratoine ; impossibilité de faire le bras mort. Signe de Babinski. Réflexes rotuliens exagérés. Syncinésie peu marquée.

Obs. XIII. — *S..., âgé de 28 ans.* Débilité mentale. Réponses puériles et contradictoires. Instruction rudimentaire. Onychophagie. Microcéphalie.

Exagération des réflexes rotuliens. Tendance à l'extension des orteils. Syncinésie. Paratonie légère.

Obs. XIV. — *L..., agé de 50 ans.* Débilité mentale. Ne sait pas écrire ; lit mal et compte à peine. Accès de colère. Taciturne et renfermé, il tient toujours la tête baissée et répond avec lenteur et indifférence aux questions, sans regarder son interlocuteur. Vindictif et rancunier, il rejette sur autrui la cause de sa misère. Alcoolisme chronique.

Réflexes rotuliens exagérés, surtout à gauche. Du même côté signe de Babinski. Syncinésie bilatérale. Maladresse qui l'empêche d'exercer son métier de cordonnier.

Obs. XV. — *Th..., Charles,* 64 *ans.* Débilité mentale. Le malade ne sait où sont ses enfants et ne s'en inquiète pas. Convulsions dans la première enfance.

Paratonie ; les bras tendus ne retombent pas (épreuve de Meige). Syncinésie, plus marquée à gauche ; réflexe plantaire positif à gauche, indifférent à droite ; réflexe rotulien exagéré à gauche, normal à droite.

Obs. XVI. — *H...,* 56 *ans.* Débilité mentale ; sait à peine lire et écrire. Gaucher.

Paratonie ; syncinésie bilatérale ; réflexes rotuliens exagérés, surtout à gauche ; Babinski assez net à gauche, inconstant â droite.

Obs. XVII. — J..., 46 ans, mariée, sans enfants. Débilité mentale légère. Troubles de la sensibilité générale. Etat dyspeptique ancien avec entéro-colite chronique. Préoccupations hypocondriaques. Dépression psychique habituelle avec exacerbations et crises anxieuses. Les troubles cénesthopathiques s'accompagnent, chez la malade, de représentations mentales vives qui aboutissent à un faux délire de zopathie, externe et interne, de nature imaginative, en vertu du quel elle croit percevoir

une suite d'animaux variés acharnés à la torturer. La malade, consciente de ses illusions, ne croit pas à la réalité de ces animaux.

Syndrôme de débilité motrice au complet. Exagération des réflexes tendineux. Syncinésie bilatérale très marquée. Paratonie extrême. Impossibilité du relâchement volontaire des muscles, même de l'abdomen.

DEUXIÈME GROUPE

Débilité mentale sans débilité motrice

Obs. XVIII. — *C..., Yvonne, 9 ans.* Idiotie avec crises épileptiques à forme hémiplégique. Début des accidents, à l'âge de 5 ans, par un syndrôme méningé.

Pas de signe de Babinski. Réflexes normaux. Syncinésie impossible à vérifier.

Obs. XIX. — *R..., Georges,* 15 *ans.* Débilite mentale avec perversions instinctives. Inconscience de la portée de ses actes. Inéducabilité. Tendances au vol, au mensonge, au vagabondage. Nécessité d'une surveillance continuelle. Absence de moralité et d'affectivité. Instruction rudimentaire. Accès de colère. Gâtisme.

Réflexes rotuliens normaux. Pas de paratonie. Pas de signe de Babinski. Beaucoup d'adresse ; se tient fort bien dans les positions d'équilibre. Cependant un certain degre de syncinesie.

Obs. XX. — *B..., Blanche,* 35 *ans.* Débilité mentale. Enfant abandonnée ; inculte et illettrée. A séjourné 5 ans dans un asile. Employée, dans différentes places, comme servante, elle s'est montrée instable, sujette à de violentes crises de colère, incapable d'un travail suivi. Pas de perversions instinctives. Ne sait ni lire, ni écrire, ni compter.

Pas de paratonie ; flexion des orteils ; pas de maladresse ni de gaucherie. Très peu de syncinésie ; réflexes rotuliens un peu forts et saccadés.

Obs. XXI. — *L..., Jeanne,* 13 *ans.* Débilité mentale. Absence presque complète de culture et d'instruction. Instabilité, nécessité d'une surveillance continuelle. Bégaiement, mouvements choréiformes.

Absence complète de paratonie. Réflexes rotuliens normaux. Pas de syncinésie. Flexion des orteils.

Obs. XXII. — *P..., Jean, 44 ans.* Débilité mentale. Accès d'excitation par intervalles, avec colère, tendance aux violences, menaces envers l'entourage à main armée. Excès de boisson de temps à autre. Père et mère débiles mentaux.

Pas de paratonie. Pas d'exagération des réflexes. Ni syncinésie, ni signe de Babinski.

Obs. XXIII. — M..., *Robert*, 15 *ans*. Débilité mentale. Perversions instinctives. Vagabondage. Fugues. Tendances vicieuses.

Ni paratonie, ni syncinésie. Réflexes normaux. Adroit; marche sur les mains en tenant les jambes en l'air.

TROISIÈME GROUPE

Débilité motrice sans débilité mentale

Obs. XXIV. — X..., externe des hôpitaux, actuellement médecin praticien, est un homme d'une intelligence et d'une culture supérieures. On relève cependant, chez lui, plusieurs éléments du syndrôme de débilité motrice, et, notamment, le signe de Babinski. Son père est également un débile moteur, chez qui la recherche du signe de Babinski donne aussi un résultat positif.

Obs. XXV. — *Duc...*, 20 *ans*. Représentant de commerce, à la tête de plusieurs affaires qu'il mène à bien. Grande activité; jugement et esprit critique développés.

Paratonie ; syncinésie bilatérale, prédominante aux pouces, en flexion à droite, en extension à gauche ; réflexes rotuliens très exagérés ; immobilité plantaire à droite ; éventail à gauche.

Obs. XXVI. — *Famille Cot...* (voir obs. XXIX). Composée du père et de trois enfants débiles moteurs. Le père est un ouvrier actif et laborieux ; il jouit d'une intelligence ouverte et possède une solide instruction primaire ; il ne se livre pas à l'alcoolisme. On trouve, chez lui, de la paratonie, de l'exagération des réflexes rotuliens ; absence de réflexe plantaire à droite.

Les trois filles, débiles motrices, à des degrés divers, offrent un développement psychique normal ; elles ont acquis les notions que

doivent avoir les enfants de leur âge et comptent parmi les élèves sérieuses de leur école.

La mère ne présente pas de tare motrice ou mentale.

QUATRIÈME GROUPE

Débilité motrice héréditaire et familiale

Obs. XXVII. — *Famille Coul...* Mère veuve, 45 ans : paratonie, syncinésie, réflexes plantaires en éventail avec tendances à l'extension à droite, énurésie jusqu'à 9 ans.

Fils, 8 ans : paratonie, syncinésie, réflexes rotuliens exagérés, réflexes plantaires en éventail, énurésie, maladresse.

Fils, 6 ans : mêmes symptômes que son frère, moins l'énurésie.

Obs. XXVIII. — *Famille Dur...* Mère, veuve de deux maris. 44 ans : paratonie, syncinésie, réflexes rotuliens exagérés, orteils immobiles, débilité mentale.

a) Sont issus du premier mariage :

Fille, 19 ans : paratonie, syncinésie, réflexes rotuliens exagérés, éventail à droite et immobilité des orteils à gauche, énurésie jusqu'à 10 ans.

Fille, 11 ans : légère syncinésie, réflexes rotuliens et plantaires normaux. Débilité mentale. Perversions instinctives.

b) Est issu du second mariage :

Garçon, 7 ans : paratonie, syncinésie, réflexes rotuliens exagérés, signe de l'éventail, maladresse. Débilité mentale.

Obs. XXIX. — *Famille Car...* Mère, veuve de deux maris, 41 ans : paratonie, syncinésie, réflexes rotuliens très exagérés, légère abduction des orteils. Débilité mentale.

a) Sont issus du premier mariage .

Fille, 9 ans : paratonie légère, syncinésie ; réflexes normaux.

Garçon, 7 ans 1/2 : paratonie, syncinésie, réflexes exagérés, signes de Babinski et de l'éventail.

b) Est issue du second mariage :

Fille, 5 ans : paratonie, légère syncinésie, réflexes rotuliens un peu exagérés. Babinski et éventail à droite, éventail à gauche. Débilité mentale. Strabisme externe congénital à gauche.

Obs. XXX. — *Famille Cot...* Père, 32 ans : paratonie, réflexes rotuliens exagérés, immobilité des orteils à droite.

Mère, 34 ans : aucun signe de débilité motrice ni mentale.

Fille, 12 ans : syncinésie à gauche, réflexes rotuliens exagérés à gauche, signe de Babinski à gauche.

Fille, 10 ans : paratonie, syncinésie, réflexes rotuliens un peu exagérés, signe de l'éventail, maladresse.

Fille, 7 ans 1/2 : paratonie, syncinésie, réflexes rotuliens exagérés, signe de Babinski bilatéral, énurésie.

Obs. XXXI.— *Famille Lo...* Mère, 44 ans : paratonie, immobilité des orteils, un certain degré de maladresse.

Fils, 19 ans: aucun signe de débilité motrice ni mentale.

Fils, 8 ans : syncinésie, plus marquée à droite, signe de Babinski à droite, éventail et ébauche d'extension à gauche.

Obs. XXXII.— *Famille Desb...* Mère, veuve 54 ans : paratonie bilatérale, signe de Babinski à gauche, absence de réflexe plantaire, à droite ; débilité mentale ; illettrée.

Fille, 19 ans : paratonie et exagération des réflexes rotuliens, à gauche ; absence ds réflexe plantaire du même côté.

Nous rapportons en terminant l'observation d'un acrobate chez qui l'inhibition motrice semble atteindre ses limites maxima. Elle montre jusqu'à quel degré peut être poussé le relâchement du tonus musculaire, et quels résultats peuvent obtenir certains individus en développant par une éducation régulière et progressive leurs aptitudes congénitales.

Obs. XXXIII.— *B..., 30 ans, acrobate.* Exemple d'un sujet dont l'inhibition motrice est très développée. Il relâche complètement tous ses muscles et fait très facilement le mort. Cette aisance à obtenir une complète résolution musculaire a été évidemment développée par l'exercice. A 7 ans 1/2 le sujet débute par des manœuvres chorégraphiques qu'il continue jusqu'à 18 ans ; à ce moment, il commence ses travaux d'assouplissement. Après trois mois d'exercice, membre par membre et même segment de membre par segment de membre, il réussit à devenir l'homme-caoutchouc. Puis lui vient l'idée de faire la poupée inanimée, ce que lui permettent sans peine ses aptitudes congénitales déjà fortifiées par de longs exercices. Il se fait lancer par un aide et donne aussitôt un coup de jarret pour placer le corps de manière à retomber sur le flanc, les deux bras étendus ;

puis, afin de fournir l'illusion d'un corps mort et d'un choc, il se projette en l'air d'un coup de rein, et retombe une seconde fois dans un relâchement musculaire absolu et généralisé. La première chute est d'environ 1^{m}80, la seconde de 0^{m}40.

Malgré cette inhibition musculaire aussi parfaite que possible, le sujet présente de la syncinésie bilatérale, avec extension et abduction des doigts, à prédominance gauche.

Réflexes tendineux et plantaire normaux.

* * *

L'ensemble de ces observations, qui démontre clairement l'existence du syndrôme de la débilité motrice, comporte des enseignements pratiques dans les différents domaines de la clinique neuro-psychiâtrique et médico-légale.

En clinique neurologique, la notion de la débilité motrice permet de ne pas supposer systématiquement une origine acquise à certaines perturbations de la réflectivité tendineuse et plantaire et d'entrevoir l'origine congénitale et la nature constitutionnelle de certains désordres réflexes et moteurs, liés à l'imperfection du développement des voies pyramidales.

En clinique psychiâtrique, la notion de la débilité motrice vient compléter et enrichir celle de la Débilité mentale. La Débilité motrice prête à la Débilité mentale, lorsque ces deux tares sont associées, un cadre objectif, fait d'éléments physiques, faciles à mettre en évidence, et dont la constatation parallèle corrobore précieusement ce diagnostic de l'insuffisance primitive du cortex.

En clinique médico-légale, la notion de la Débilité motrice apporte des éléments objectifs à la démonstration de la réalité organique de certaines débilités, qui compromettent, à la fois, le cerveau physique et le cerveau moteur.

La conclusion générale qui ressort de cette étude est la nécessité, qui s'impose, en clinique neuro-psychiâtrique, de toujours pratiquer, parallèlement à l'examen psychique, l'examen de la motilité et de la réflectivité des malades, particulièrement chez les débiles mentaux suspects, par cela même, de débilité motrice.

Le " Délire des gouvernantes "

par Ch. Blondel et Paul Camus.

Il est indiscutable que dans les délires systématisés chroniques ce sont les tendances fondamentales, affectives et intellectuelles, des sujets qui commandent le mode d'activité psychique et qui expliquent la formule générale de ces délires. Mais si la nécessité de ce terrain psychique spécial (constitution paranoïaque) ne peut être contestée, il n'est pas moins réel que d'autres causes contingentes et occasionnelles jouent un rôle, parfois très important, pour spécifier le thème morbide et donner au délire sa couleur particulière.

Parmi celles-ci, les conditions d'ordre social et professionnel nous paraissent occuper une place importante.

Chez la femme, quelques auteurs ont pu noter la fréquence et certains caractères assez spéciaux de ces délires chez les institutrices et les gouvernantes (gouvernantenwahnsinn). Chez ces dernières, Ziehen (1), analysant les conditions étiologiques principales de leur délire paranoïaque, incrimine surtout les blessures affectives répétées, le manque d'égards contrastant chez elles avec le sentiment exalté de leur valeur intellectuelle, ainsi que la nostalgie et les soucis de la vie matérielle.

Voici les observations de deux malades, que nous avons pu suivre à la Salpêtrière, grâce à l'obligeance de notre maître M. Deny, et qui nous paraissent réaliser ce type de délire systématisé chronique, le délire des gouvernantes.

Observ. — *Hérédité névro-psychopathique. — Délire systématisé érotique à base d'interprétations morbides. Idées délirantes accessoires de grandeur et de persécution. Début il y a dix ans. Marche extensive. Tuberculose pulmonaire récente.*

C. A., 32 ans, institutrice privée, est entrée à la Salpêtrière dans le service de notre maître M. Deny, section Rambuteau, le 19 septembre 1908.

Antécédents héréditaires. — Grand'mère maternelle ayant présenté des troubles psychiques durant trois mois.

(1) Ziehen, Psychiatrie, dritte Aufl. 1908 — s. 301.

Mère névropathe.

Père alcoolique, avec accès d'ivresse hebdomadaires pendant plusieurs années. 1 frère et 2 sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Pas de convulsions. Menstruation à 12 ans, régulière. Maux de tête fréquents depuis l'âge de 15 ans.

Après l'obtention du certificat d'études à 11 ans, et du brevet simple à 15 ans, A... échoue au brevet supérieur et se place comme institutrice privée. En cette qualité elle part à 17 ans en Pologne et en Russie, où elle reste dix ans dans différentes places.

Histoire de l'affection actuelle. — C'est pendant cette période que naît et se développe le système vésanique de cette malade, sans que l'extension rétrospective du délire permette d'en fixer exactement la date de début. Cette extension, en effet, devient telle qu'elle embrasse sa vie entière, ainsi qu'en témoigne la longue narration écrite qu'elle fit de son histoire. Voici résumés quelques-uns des éléments principaux :

« A 4 ans, je fus vendue à l'église par l'intermédiaire du curé de mon pays qui, pour ce marché, donnerait 200 francs à mes parents, et voulait faire de moi une « compromise ». Les royalistes étaient d'accord avec le clergé pour me compromettre... Ma mère m'élevait dans les idées pieuses et j'étais très croyante. » Mais à 13 ans, mon père voulut me livrer aux francs-maçons, et ceux-ci voulaient aussi me perdre. Je résistai et ils ne purent s'emparer de moi. Mon échec au brevet supérieur fut provoqué par les royalistes et les francs-maçons.

» Ils voulaient sans cesse me nuire. Un surveillant franc-maçon me suivait partout à distance afin d'empêcher qu'on me fasse la cour, mais c'était peine perdue... Mme d'H... voulut me marier avec un royaliste, puis avec mon surveillant. Je refusai. Elle dit que je n'étais qu'une domestique qui avait trop d'idées... Je pris un engagement en Pologne, dans une famille où je restai un an. Le maître de la maison s'éprit de moi et me fit la cour, mais mon surveillant me compromettait.»

Un colonel russe, qui lui avait une fois dit bonjour, fut tué : son surveillant devint pour elle l'auteur du meurtre. « Je partis pour Saratov, en place chez un sous-chef de police, puis

chez un juif baptisé, avocat libre-penseur. J'étais gaie et j'avais la beauté du diable. Il me fit la cour même devant sa femme, qui était laide et méchante avec moi. Elle était jalouse : je recevais les hommages de messieurs si bien à Varsovie... Le consul de France à Moscou voulait me marier avec un prince russe. Ma maîtresse me compromit, disant que j'avais des crises d'hystérie, qu'un jour je m'étais jetée sur Monsieur, puis que j'avais été très confuse et que j'avais fait des excuses, disant aussi que j'étais enceinte... »

Dans une autre place, un de ses élèves lui fait la cour, puis un médecin juif s'éprend d'elle, lui demande sa main, elle refuse ; il part en voyage, et après deux mois revient plus épris encore. Elle l'aime éperdûment. On fait à l'église des images où elle est représentée avec son fiancé et ses connaissances. On donne 1.000 roubles à sa maîtresse pour faire casser son mariage. On raconte à ce fiancé qu'elle est enceinte, on l'irrite contre elle. Elle entend cette phrase : en tout cas, il n'y a pas longtemps ; cela s'applique à sa grossesse supposée.

« Un jour, on me sert une soupe recouverte de farine. Peu après, une grande fatigue se fit sentir en moi, je fus malade. Je souffrais physiquement et moralement. J'aimais trop M. P... et on me séparait de lui. Dans les familles où je donnais des leçons on ne m'estimait plus, on me faisait sentir qu'on me gardait par pitié. Ne voulant pas accepter l'aumône, je refusais la leçon... Je quittai Saratov pour Perm. J'étais seule, je pleurais, j'avais des idées de suicide. Le chagrin minait ma santé et mes facultés mentales s'en ressentaient... Pendant 8 années j'ai souffert ainsi. Dans ces moments de trouble, j'aurais pu faire du mal sans m'en rendre compte, j'étais irresponsable, et sous prétexte que j'étais compromise, pas un médecin ne se chargeait de me soigner, tous avaient peur de se compromettre. Et pourtant je n'étais pas méchante. Quand les hommes me comprenaient, leurs femmes, par jalousie, les irritaient contre moi. »

Elle revint en France toujours occupée des mêmes amours. « Toute ma pensée appartenait désormais à MM. P... et D..., J'étais heureuse, ces jours-là, je ne savais plus que le Pape voulait me fiancer à un prince russe et que les curés et les francs-maçons s'occupaient de moi. »

Depuis deux ans, elle travaille un peu comme couturière, mais son caractère change, elle devient moins sociable, a des crises de colère, quelques idées de persécution plus active dirigées contre sa famille. Plus absorbée par son délire, elle oublie et néglige son travail et sa toilette. Aurait, dit-on, quelques rares hallucinations auditives : aurait la nuit entendu les francs-maçons.

Depuis son entrée dans le service, elle est calme, facile à soigner, l'humeur enjouée, la mine un peu provocante, l'air satisfait et un peu autoritaire. Elle ne manifeste aucun sentiment de méfiance, mais ne se lie pas volontiers avec ses compagnes.

Sans cesse occupée de son thème amoureux, elle ne parle que d'elle-même et de ses deux fiancés de Russie, un prince et un docteur. Autour de ces idées, tout se groupe et se coordonne. Elle serait heureuse sans les francs-maçons, les curés et les royalistes ; ces derniers veulent la compromettre et l'empêcher d'épouser ses fiancés.

Elle interprète ce qu'elle voit et entend, attribue des rôles à certaines personnes du service. A des gestes et à des paroles prononcées pendant la visite, elle donne une signification en rapport avec son délire : elle a compris que des lettres de Russie étaient arrivées pour elle, mais qu'on l'empêchait de les recevoir, que ses amoureux s'intéressent toujours à elle... Bien orientée dans le temps et l'espace, elle observe et note tout autour d'elle, fait des remarques non dénuées de justesse. Hallucinations auditives douteuses ou très rares et épisodiques, n'occupant, en tout cas, qu'une place très secondaire. Mange et dort bien. Travaille un peu à la couture pour elle-même. (1)

Examen physique. — Légère asymétrie faciale. Moustache et barbe très développées et très apparentes. Pupilles normales. Réflexes tendineux vifs. Pas de tremblement.

Depuis quelques mois, amaigrissement assez rapide, toux et expectoration abondante. Poussées de fièvre. Tuberculose pulmonaire bilatérale : signes de ramollissements aux deux sommets.

Etat général précaire.

(1) La malade a auccombé au progrès de sa tuberculose pulmonaire, le 25 août 1909. Jusqu'à la fin, son délire a persisté sans modification.

Observ. — *Délire systématisé chronique à base de préoccupations érotiques. Idées délirantes de persécution. Troubles cénesthésiques, surtout dans la sphère génitale. Interprétations morbides. Illusions visuelles, hallucinations douteuses ou rares et épiso-diques. Début il y a plus de cinq ans. Marche extenso-progressive.*

N..., 42 ans, de nationalité anglaise, gouvernante et dame de compagnie, vient à la consultation de la Salpêtrière le 20 mars 1909.

Antécédents. — Peu de renseignements. Père mort d'accident. Mère morte en couches. Quatre frères et sœurs seraient bien portants, adonnés aux sports et sans grande vie intellectuelle.

N... prétend n'avoir eu aucune maladie importante, n'être pas nerveuse et avoir bon caractère.

Elle dit avoir des rentes qui lui permettraient de vivre en Angleterre, mais elle aime les voyages, et pour satisfaire cette passion, elle se place comme gouvernante ou dame de compagnie dans des familles étrangères. Elle exerce cette profession depuis l'âge de 20 ans et a ainsi visité successivement la France, la Hongrie, la Suède, la Norvège et le Canada. Cultivée, instruite, élégante, susceptible de rapports agréables pour qui sait la prendre, elle parle de tout avec intelligence, finesse et humour. Elle manifeste un grand mépris pour ses maîtres actuels, qui cependant paraissent bons pour elle et lui laissent une grande liberté. « Entre les maîtres qui sont des snobs et les domestiques, reflets de leurs maîtres, je suis pour ainsi dire entre le diable et la mer profonde. » Elle affecte aussi un certain mépris et une certaine hostilité contre les Américains et les Anglais, ses compatriotes à l'esprit lent. Fière et d'abord difficile, elle a une haute opinion d'elle-même. Elle a, dit-elle, toujours eu la passion du vrai. Elle affecte aussi « de la sympathie pour les pauvres ». Elle serait un peu une célébrité « ayant été la première femme à monter sur la cime la plus élevée des Karpathes ».

Le délire actuel paraît avoir débuté en janvier 1904. N..., à ce moment, arrive en S... et s'installe à H... Elle y donne, pour vivre, des leçons d'anglais à un groupe d'une dizaine d'ingé-

nieurs. Parmi eux se trouve un nommé X..., homme d'une trentaine d'années, d'aspect athlétique, de caractère décidé et viril. Il fait sur elle une profonde impression. Elle rumine beaucoup l'hypothèse d'un mariage avec lui, mais y voit de grandes difficultés. Malgré toute la sympathie qu'elle a pour lui, elle aurait refusé le mariage à cause de la grande différence d'âge. D'emblée il s'établit entre leurs cerveaux « une connexion » amoureuse.

De mai à octobre 1904, elle interrompt ses leçons pour un voyage dans le nord de la Suède ; elle les reprend en novembre avec les mêmes élèves.

Dès le début se montrent les interprétations morbides. Sans qu'il y eut jamais entre eux de conversation particulière, sans que X... ait jamais prononcé un seul mot tendancieux elle comprend à ses regards et à ses attitudes que la sympathie est réciproque. Au commencement de 1905, X... cesse de venir au cours. En mars 1905 commence ce qu'elle appelle l' « outside connection », la connexion venue du dehors. Un matin, vers 11 heures, en écrivant dans sa chambre, elle a la sensation qu'autour de son cou et de ses épaules l'air s'est pour ainsi dire individualisé, chargé d'affection et de tendresse, comme par la présence de X... Plusieurs fois le phénomène se renouvelle. Elle va à la fenêtre et croit l'apercevoir dans la rue, mais rien dans ses manières ne traduit extérieurement ce manège. De diurnes, ces sensations deviennent aussi nocturnes et même continues. Elle quitte H... pour C..., où elle arrive le 2 mai. En cours de route, au fur et à mesure qu'elle s'éloigne, elle sent qu'elle échappe à l'influence, mais tout-à-coup elle se sent reprise. Elle croit que X... habite la maison en face de la sienne. A cause de sa résistance, il la fait boiter deux jours. Elle revient en S..., X... la suit et vit dans la chambre à côté de la sienne. Elle s'embarque pour l'Angleterre (elle croit X... à bord), où elle arrive le 26 août. Là, quelques jours après, un cambrioleur est chassé la nuit de la maison par son cousin et le jardinier. Elle interroge celui-ci, qui a vu le cambrioleur regardant sa fenêtre, et à sa description reconnaît aussitôt X... Elle change plusieurs fois de résidence, X... la suit. Elle arrive à Paris (10 janvier 1906), va en juin à Lamalou, elle croit voir

X... deux fois par la fenêtre. Il la prévient parfois en la faisant rire immodérément. Séjour à Paris d'octobre 1906 à juillet 1907. En août 1907, elle va à Houlgate et voit de même X... deux fois sur la plage. En septembre se montrent de véritables persécutions plus violentes : X... empêche son sommeil, elle est malade toute une nuit, endure d'horribles tortures. Elle s'apprête à se plaindre à M. Lépine, mais s'arrête à cause du manque de preuves (janvier 1908). X... habite près de chez elle, elle en est sûre, dit-elle, sans jamais l'avoir vu. Elle demande à ce sujet des renseignements à un pasteur du pays de X.., auquel elle s'est confiée ; les renseignements sont négatifs, mais la concierge a dû être payée pour dire qu'elle ne le connaît pas. Elle écrit à H.... pour demander protection (24 juin). Elle va en Touraine avec ses patrons, X... la suit, il la tient éveillée presque toutes les nuits. Elle écrit au pasteur. Retour à Paris. Elle écrit alors à Conan Doyle, lui demandant un moyen de faire cesser cette influence, et Sherlock Holmes, policier toujours sagace, lui répond par sa plume qu'elle doit être victime d'une idée fixe et qu'elle devrait s'adresser à la Salpêtrière, où nous la voyons en mars 1909.

Les troubles dont X... se plaint sont surtout des troubles cénesthésiques d'ordre génital. Ces sensations, durant les deux premières années, étaient agréables; depuis 18 mois, elles sont plutôt désagréables. Elles sont principalement nocturnes. Elle sent près d'elle l'individualité, la chaleur de X..., et sur elle une passion atroce, révoltante. Au début, elle se levait pour marcher dans sa chambre (moyen de défense). Depuis son départ de Suède, ces tourments n'ont plus cessé, en particulier en Touraine, où il l'empêchait de dormir jusqu'au matin. Depuis quelque temps cependant (avril 1909), X... ne se livre plus qu'à de petites taquineries et à des manifestations affectueuses pendant le sommeil. Un jour, au Concert-Rouge, elle a senti X... sans le voir, la presser constamment sur le côté gauche avec son pouce ; même sensation une autre fois à l'Oratoire. Un jour, il lui a donné une douleur vive au pied, puis une douleur épigastrique.

D'autres fois, sensation de serrement, de chaleur, de pression sur les yeux. Elle est certaine qu'X... en est l'auteur ;

il lit sa pensée. Toutes ces sensations ont, dit-elle, un caractère particulier : « on ne peut pas plus les confondre avec des sensations ordinaires que le mal de gorge avec la sensation d'être serré à la gorge par quelqu'un ». Elle a peur des serpents, X... le sait, et un jour il lui a donné la sensation de serpents sur les épaules, et cependant, dit-elle, « je savais bien qu'il n'y avait pas de serpents ». Elle dit avoir des représentations mentales très vives de X..., entendre sa voix dans sa tête. Cela, pour elle, tient à la connexion de leurs cerveaux. La distance où est X... se reconnaît à l'intensité de ses sensations. Elle sait qu'il habite la maison d'en face : elle a remarqué à l'attitude des domestiques et à certaines indiscrétions qu'ils le savent aussi.

Ses réactions ont été jusqu'ici purement défensives : changements répétés de domicile. Elle a quelquefois songé à se tuer, à se jeter à l'eau, mais elle sait trop bien nager ; elle n'y pense plus aujourd'hui.

Dans ses moments d'irritation contre X..., si elle l'avait aperçu, elle l'aurait tué. Elle a écrit surtout de nombreuses lettres de plaintes.

Etat physique satisfaisant : rien à signaler en dehors de quelques troubles digestifs intermittents.

Depuis qu'elle vient à la Salpêtrière, elle se trouve beaucoup mieux, et un peu plus rassurée. Toujours en butte aux tourments de X..., elle conserve inébranlables les mêmes convictions délirantes.

Ces deux malades, institutrice et gouvernante, d'origine, d'éducation et de vie très différentes, méritent cependant d'être rapprochées, car leurs délires, au milieu des variations individuelles, présentent non seulement des caractères fondamentaux communs, mais aussi des formules et des modalités semblables.

Chez toutes deux, c'est un délire paranoïaque à base d'interprétations fausses. Les hallucinations auditives sont douteuses, ou, si elles existent chez la première, elles sont, en tout cas rares, épisodiques et secondaires.

Les troubles cénesthésiques, si riches chez la seconde, pour-

raient être pris pour de véritables hallucinations, mais leur apparition est nettement secondaire au développement du thème vésanique, et leur rôle principal semble être de servir de base aux interprétations délirantes. Chez toutes deux, ce thème fondamental est de teinte érotique.

Contraintes par leur situation professionnelle à un célibat forcé, mais fréquentant et enseignant dans un milieu social supérieur au leur, elles se trouvent parfois exposées aux désirs et aux hommages d'élèves ou de patrons d'un rang plus élevé. Les romans qu'elles ébauchent, les rêves d'amour et de mariage ne sont pour l'une que d'origine imaginative, et pour l'autre ils sont irréalisables et ne peuvent qu'avorter fatalement.

De là du dépit, des contrariétés et des chagrins répétés. Leur éducation, leur instruction et leur niveau intellectuel et moral, supérieurs pourtant à ceux de bien des personnes chez qui elles vivent, leur donne facilement une haute opinion d'elles-mêmes et de leur valeur, de là l'exagération des sentiments d'autophilie et cette hypertrophie du moi, origine des idées délirantes de satisfaction et de grandeur qu'elles présentent.

La situation d'institutrice privée ou de gouvernante dans les familles est d'ordinaire assez fausse : ni maîtresses, ni domestiques, elles éprouvent bien souvent de cet état social de la gêne et des froissements continuels.

Du manque d'égards et des vexations de toutes sortes qui, trop de fois, ne leur sont pas épargnées, même devant les élèves qu'elles doivent commander et diriger, elles ressentent une irritation qui ne peut que renforcer leurs sentiments d'hostilité et de méfiance et alimenter encore leurs idées de persécution.

Ces dernières, toutefois, chez nos deux malades, ne se rapportent qu'aux préoccupations du thème érotique. Elles ne sont que secondaires, écloses comme une véritable justification délirante des déconvenues et des obstacles inévitables qui toujours s'opposent à la réalisation de leurs romans amoureux.

Le Lavage des centres nerveux
par le docteur L. Bériel (de Lyon).

J'ai indiqué récemment un procédé nouveau de ponction arachnoïdienne (1), qui permet d'atteindre les lacs sous-encéphaliques en utilisant la voie orbitaire et la fente sphénoïdale. Cette ponction peut paraître téméraire : elle l'est en réalité fort peu. J'ai fait à cet égard de nombreuses recherches et expériences sur le cadavre ; lorsque j'ai eu acquis l'habitude nécessaire pour la réaliser correctement, et lorsque j'ai été assuré qu'elle pouvait être pratiquée impunément, je l'ai employée sur le vivant chez des sujets *in extremis,* puis chez des malades atteints de lésions intracrâniennes graves justifiant une exploration.

Les résultats des autopsies, ceux de l'examen clinique, lorsque l'affection causale avait permis la guérison ou une longue survie, n'ont fait que confirmer ma conviction acquise antérieurement.

Mais la présente communication n'a pas pour objet de décrire cette intervention en elle-même, dont la technique a été récemment publiée (2) : il n'est pas question non plus d'étudier ici les divers cas dans lesquels elle peut être employée. Je désire simplement attirer l'attention sur une application curieuse qui découle de l'association avec la ponction lombaire.

Ponction bipolaire.

Lorsqu'on a pratiqué une double ponction, l'une par la fente sphénoïdale, l'autre dans le cul-de-sac rachidien, c'est-à-dire lorsqu'on associe la rachicentèse à la ponction orbitaire, on peut faire circuler un liquide déterminé d'un pôle à l'autre du réservoir méningé : introduit par l'une des aiguilles, il ressort peu à peu par l'autre. On opère ainsi, vis-à-vis du liquide céphalorachidien, une véritable substitution en la remplaçant par un liquide artificiellement composé. *On peut*

(1) *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 25 mai 1909. — *Lyon médical*. T. CXII, p. 1143.
(2) *Lyon chirurgical*. 1er août 1909.

pratiquer cette intervention chez l'homme, sans qu'il résulte par son fait même, aucune perturbation vitale ; j'entends par là qu'en utilisant un liquide de substitution stérilisé inactif, on ne détermine aucune modification dans l'état du sujet.

Cette proposition découle de considérations théoriques et expérimentales ; au reste, si celles-ci ne suffisaient pas, j'ajouterai que j'ai pratiqué plusieurs fois chez l'homme cette intervention (je reviendrai dans un instant sur ces faits).

Il est aisé de concevoir qu'en agissant aux deux extrémités d'un réservoir, on peut modifier isolément les qualités physiques ou chimiques du liquide qu'il contient. On peut, par exemple, changer sa composition ou le remplacer par un autre, sans que, à aucun moment, la pression soit sensiblement modifiée. Dans le cas du réservoir céphalo-rachidien, cette donnée doit être applicable dans ses grandes lignes.

Si, sur le cadavre, on injecte par une ponction orbitaire un liquide coloré dans les espaces sous-encéphaliques, on se rend compte qu'avec une pression extrêmement faible le liquide s'infiltre facilement dans tous les lacs méningés, autour du bulbe, et jusqu'au dessus des hémisphères ; le passage du liquide, sur le vivant, du cerveau au cul-de-sac médullaire doit donc être facile, en employant la double ponction. Il suffira d'utiliser une pression juste suffisante pour produire un déplacement du liquide méningé d'une canule à l'autre : c'est-à-dire une pression théoriquement infinitésimale (et pratiquement très faible). On aura introduit dans la cavité céphalo-rachidienne un liquide céphalo-rachidien en partie ou en totalité artificiel, *sans modifier la pression intra-méningée.*

Or, ce que nous savons par les opérations déjà tentées sur le liquide céphalo-rachidien, nous montre que les dangers immédiats de sa manipulation résident justement dans les modifications brusques de son équilibre de pression. Les expériences que je poursuis sur l'animal pour étudier l'action des liquides artificiels, m'ont, accessoirement, confirmé dans cette notion.

Si, chez un chien normal, on remplace à l'aide de la ponction bipolaire le liquide normal par du sérum artificiel (que l'on peut colorer au bleu de méthylène), on ne produit, pendant l'intervention et les jours suivants, aucune modification notable dans la vitalité de l'animal ; mais si, chez un chien qui vient de subir, ou qui est en train de subir cette substitution, — et qui jusque là n'a présenté aucun phénomène anormal, — on produit un mouvement d'ensemble brusque, on détermine la mort immédiate par arrêt du cœur. Ce phénomène tient à ce que chez le chien la ponction orbitaire présente des difficultés considérables qui obligent à faire passer le liquide avec une très forte pression (1) ; il en résulte que le liquide céphalo-rachidien est en déséquilibre de pression, et qu'il peut se produire facilement des chocs bulbaires à l'occasion des mouvements. On aboutit aux mêmes accidents si l'on cherche à injecter rapidement, par une simple ponction lombaire, de 10 à 30 centimètres cubes de liquide.

Il est donc manifeste que, si l'on peut éviter des modifications sensibles de pressions, on peut réaliser des substitutions de liquide céphalo-rachidien : c'est ce que la ponction double permet de réaliser chez l'homme.

Au reste je l'ai pratiquée ainsi quatre fois. Dans tous ces cas le liquide de substitution était introduit par la canule orbitaire, le liquide céphalo-rachidien s'écoulant par la voie lombaire.

Dans un cas le passage n'a pu s'effectuer normalement ; les deux ponctions avaient été correctement faites, mais la canule orbitaire laissait mal pénétrer le liquide : il s'agissait d'un jeune homme atteint de méningite otogène, qui avait été amené à l'Hôtel-Dieu dans le coma, et que l'on venait de trépaner *in extremis* ; ses espaces méningés étaient asséchés, la circulation du liquide ne pouvait s'y faire qu'en employant de fortes pressions (60 à 80 centimètres d'eau), qui *peuvent* être dangereuses. La tentative fut, pour cette raison, abandonnée rapidement, bien qu'aucune modification du pouls ou de la respiration n'aient obligé à la cesser ;

(1) Phénomène qui ne se produit pas chez l'homme, dans la majorité des cas.

20 c.c. environ avaient passé dans les espaces méningés.

Les conditions de ce cas étant anormales, je ne le rapporte que pour être complet.

Sur les trois autres cas, j'eus une autre fois quelque difficulté à provoquer l'écoulement ; ou du moins celui-ci se fit très lentement ; la substitution de 200 gr. de sérum artificiel à 200 c.c. de liquide céphalo-rachidien expulsé par la voie lombaire dura 1 heure 1/4. Il s'agissait d'une méningite tuberculeuse avec exudats assez confluents à la base. Dans les deux autres cas au contraire, l'intervention fut d'une simplicité extrême : elle fut pratiquée dans la salle commune, avec la seule aide de l'interne et de la sœur du service ; le sérum introduit par la canule orbitaire pénétrait rapidement, l'écoulement lombaire se faisait par gouttes pressées, avec une accélération sensible en quelques secondes lorsqu'on avait augmentait la pression du liquide introduit (pression de 5 à 20 cent. d'eau). Un de ces sujets, grand alcoolique et urémique, porteur d'un érésypèle de la face était dans les périodes terminales du coma ; l'autre, atteint de cirrhose, dans le coma depuis plusieurs jours, était agonisant. Chez l'un la substitution fut de 200 c.c., chez l'autre de 150 c.c

Chez ces malades, l'intervention fut faite tout à fait *in extremis*, de 9 heures à 18 heures avant la mort ; il n'y eut, pendant ou après, aucune symptôme alarmant, et notamment aucune modification du pouls. L'état général des malades ne fut pas modifié : il y eut seulement dans un cas, comme phénomène appréciable, une accélération des mouvements respiratoires, chez un autre une régularisation de ces mouvements qui étaient entrecoupés de pauses irrégulières avant l'intervention.

Dans aucun de ces cas je n'ai cherché à obtenir une action thérapeutique : parce que celle-ci serait inhérente à la *qualité* du liquide de substitution et non à l'intervention elle-même et que je n'avais pas les données nécessaires pour déterminer pour chaque cas la composition du liquide : j'employai donc le moins mauvais que l'on peut avoir sous la main rapidement, c'est-à-dire le sérum artificiel ordinaire, stérilisé

et tiède. Mais ces observations me suffisent pour servir de démonstration à la possibilité de l'intervention.

Il reste à rechercher si elle peut fournir des résultats thérapeutiques. Tout dépend, dès lors, des qualités du liquide utilisé, des réactions qu'il provoquera sur les centres nerveux ou leurs enveloppes Il faut faire appel à nos connaissances sur la physiologie et la pathologie méningée et à l'expérimentation. L'utilisation de la double ponction chez l'animal peut contribuer à nous fournir des données physiologiques et thérapeutiques ; c'est dans ce sens que je poursuis des recherches, dont j'exposerai plus loin les premiers résultats.

Lavage du liquide céphalo-rachidien

La première idée qui vient à l'esprit est d'utiliser ce procédé pour remplacer un liquide céphalo-rachidien altéré, et supposé nocif, par un liquide aseptique inerte ; ce serait un lavage du liquide céphalo-rachidien. La chose est aisée, mais, je pense, sans grand intérêt, sauf peut-être à titre palliatif, dans certains comas. Ce que nous savons, grâce à la ponction lombaire, de la composition, de la toxicité du liquide méningé dans les états pathologiques ne nous laisse pas grand espoir à cet égard.

Action sur les méninges. — Lavage méningé.

Plus intéressante déjà au moins dans la théorie est l'action sur les méninges elles-mêmes.

Je ne parle pas des essais que l'on pourrait tenter à nouveau, avec un fluide comme l'oxygène, ainsi qu'on l'a essayé sans grand résultat par la simple ponction lombaire ; je ne parle pas des lavages avec des solutions aseptiques ou faiblement antiseptiques, comme on les a employées après trépanation, dans quelques méningites. Dans ces cas (méningites otogènes, méningites chirurgicales) la ponction orbitaire remplacerait, avec quelques avantages, la trépanation.

Je veux parler surtout de l'utilisation de liquides céphalo-rachidiens artificiels dans le but d'obtenir des réactions

secondaires sur les méninges. J'ai pris tout à l'heure comme exemple le cas d'un réservoir inerte sur les deux pôles duquel on agirait simultanément pour modifier isolément la pression ou la composition du liquide contenu. Cette comparaison est en grande partie valable pour les séreuses ordinaires comme la plèvre ou le péritoine, elle l'est aussi pour le réservoir méningé lorsqu'on utilise des liquides sans action sur les membranes nerveuses. Mais celles-ci ont vis-à-vis du liquide céphalo-rachidien et vis-à-vis des tissus nerveux sous-jacents, des propriétés particulières qui les différencient nettement des séreuses ; on l'a reconnu et démontré depuis des années, encore que l'on connaisse très mal ces prop iétés. Il n'est pas douteux que la méninge vivante, physiologique ou pathologique, oblige à faire intervenir ici de nouveaux facteurs, dépendant des phénomènes de secrétion et de résorption, et qui sont la tension et la pression. Ces facteurs nouveaux pourront eux aussi, à l'aide de la ponction bipolaire, être modifiés isolément, ou concurremment avec les facteurs quantité et composition du liquide.

Si l'on suppose un réservoir céphalo-rachidien contenant une quantité Q de liquide, normal ou pathologique, à une pression P, et qu'on lui substitue un liquide à composition et à tension osmotique différente, il est certain que pour conserver au réservoir à la fin de l'intervention la même quantité de liquide à la même pression, on devra retirer une quantité de liquide plus grande ou moins grande que la quantité introduite: parce qu'on aura provoqué des phénomènes de secrétion ou de résorption. Par là on aura produit une action, dont le sens reste à déterminer, sur les membranes nerveuses ; par là on aura réalisé une sorte de *lavage méningé*

Il fallait démontrer la réalité de ces données théoriques avant d'espérer les étudier dans un but thérapeut que j'ai cherché à le faire expérimentalement, mais ce sont là des recherches très difficiles parce que la ponction cérébrale est beaucoup plus malaisée chez les animaux que chez l homme comme, d'ailleurs, la ponction lombaire. J'ai dû renoncer à utiliser le cobaye. Chez le lapin on peut remplacer la pénétration orbitaire par la ponction sous-occipitale ; mais c'est

une voie qui expose à de fréquents insuccès. Je me suis arrêté au chien et c'est sur cet animal que je poursuis, en collaboration avec mon collègue et ami le Dr Sarvonnat, des recherches sur les liquides céphalo-rachidiens artificiels.(1)

Le principe des recherches est le suivant : on imprègne l'animal, soit par absorption, soit par injection sous-cutanée, d'un corps déterminé, que l'on pourra déceler dans les liquides de l'organisme. On s'assure qu'il n'existe pas dans le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire; puis on pratique des lavages, avec la double ponction, en employant des solutions différentes.

J'ai employé successivement le bleu de méthylène en injection sous-cutanée, puis l'iodure de potassium par ingestion. J'ai utilisé des liquides de lavage contenant soit du chlorure de sodium en concentration variable, soit du chlorure de sodium additionné de sulfate de soude ou de magnésie.

Le bleu de méthylène ne m'a donné aucun résultat parce que je l'ai trouvé dans le liquide céphalo-rachidien avant tout lavage. Par contre, l'épreuve de l'iodure m'a donné des résultats intéressants. On ne le trouve pas, ou en quantité infinitésimale dans le liquide méningé physiologique, alors que l'animal en est imprégné et qu'on le décèle dans l'urine.

Par contre, *on le voit apparaitre en grande quantité dans le liquide de lavage au bout de 20 minutes à 1/2 heure* quand on emploie des solutions de Na Cl. à 15 gr. pour 1.000 ou mieux des solutions sulfatées ; il semble aussi que, au cours de l'intervention on retire une quantité de liquide plus grande que celle introduite, ce qui indiquerait que l'on a provoqué une secrétion méningée ; mais je n'ai pu encore mesurer les quantités recueillies par rapport aux quantités introduites, ainsi que les pressions. L'animal n'éprouve aucun trouble important.

Il y a donc là une démonstration intéressante de la possibilité d'une action sur les méninges, et seule la ponction double suivie de substitution du liquide permet de la réaliser.

(1) En réalité, chez le chien, la ponction orbitaire oblige à léser le nerf optique, et j'ai toujours dû employer l'anesthésie, ce qui complique beaucoup l'expermentation.

Action sur les tissus nerveux. — Lavage des centres nerveux.

Il y a peut être plus encore. Le peu que nous sachions sur la physiologie et la pathologie générale des centres nerveux nous permet de penser qu'une action sur ces centres nerveux eux-mêmes peut découler de la réaction méningée. De plus en plus nous acceptons que beaucoup de processus pathologiques atteignant les centres sont liés ou subordonnes aux processus vasculaires méningés, et inversement. Les méningo-encéphalites, les méningo-myélites avec leurs infinies variétés d'intensité et de conditions étiologiques, dominent la pathologie cérebrale et médullaire. L'inflammation, dont nous retrouvons la signature à divers degrés, sous forme d'exsudats périvasculaires figurés ou non, dans la plupart des lésions nerveuses aigues ou subaigues, est un phénomène vasculaire à l'origine. Tous ces faits portent à penser qu'en agissant sur le tissu méningé lui-même, sur ses vaisseaux et sur leurs gaînes lymphatiques, nous pourons provoquer des actions sur les tissus nerveux sous-jacent, et peut être les graduer dans un but thérapeutique. Il n'est même pas impossible que nous puissions agir sur la cellule nerveuse en modifiant sa nutrition et ses échanges a l'aide de liquides céphalo-rachidiens artificiels.

Ces considérations théoriques meritent d'être etudiees par l'expérimentation. Il est en tout cas legitime d'essayer de déplacer des principes fixes électivement sur le tissu nerveux, comme dans les imprégnations par le tétanos ou la rage.

Le tétanos fournit un matériel d'étude extrêmement intéressant parce que nous avons des bases expérimentales assez solides à son égard ; nous connaissons suffisamment sa toxine et ses antitoxines, et quelques corps ayant pour elles des affinités déterminées. Aussi est-ce à lui que je me suis adressé en premier lieu. Le liquide céphalo-rachidien des chiens rendus tétaniques n'est généralement pas tétanigène ; il y a là matière à une démonstration élégante de la possibilité d'une soustraction expérimentale des toxines fixées sur les centres nerveux. Je n'ai pu jusqu'ici la réaliser parce que les chiens en expérience succombent facilement

au cours de l'anesthésie ; mais les résultats positifs signalés plus haut avec l'iodure de potassium me persuadent que l'on peut y aboutir.

Je ne sais si ces faits auront jamais quelque application en pathologie humaine ; ils seront en tous cas intéressants par eux-mêmes. On saura si l'on peut réaliser, au moins expérimentalement, une sorte de *lavage des centres nerveux*. Ce terme est justifié en apparence par les caractères de l'intervention et en réalité par les phénomènes secondaires de résorption et d'absorption, capables de réaliser l'extraction de substances nocives. Ainsi on lave une éponge alternativement imbibée et exprimée dans un liquide : image grossière de phénomènes infiniment plus délinats.

Documents anatomo-pathologiques provenant des services d'aliénés de l'hospice de Bicêtre, par le docteur André Riche, médecin de l'hospice de Bicêtre.

J'apporte au Congrès de Nantes le résultat de quelques examens anatomiques pratiqués dans mon laboratoire de l'Hospice de Bicêtre. Les pièces proviennent de différents services : quelques-unes sont accompagnées d'observations cliniques, d'autres sont de véritables trouvailles d'autopsie.

Sarcome en plaque de l'arachnoïde cérébrale

par MM. A. Riche et P.-A. Carrié.

La première observation concerne un malade ayant présenté des crises épileptiques sans caractère particulier et mort de congestion pulmonaire grippale, à l'autopsie duquel nous avons trouvé un néoplasme étalé en nappe sur la convexité du cerveau. Il siège au niveau et un peu en arrière de la zône rolandique, principalement du côté gauche de la scissure interhémisphérique, sur une éten-

due de 4 centimètres environ, et présente une épaisseur de plus d'un centimètre à sa partie moyenne. Il adhère aux circonvolutions, qu'il tapisse, et se voit nettement sur une coupe macroscopique : la tumeur est blanche dans son ensemble et présente quelques marbrures rougeâtres. A son niveau, la dure-mère se décolle assez aisément de la pie-mère : on note sur sa face interne un petit nodule de la grosseur d'un pois, de même aspect que la masse principale du néoplasme.

Au microscope, à un faible grossissement, celui-ci se présente sous l'aspect de villosités formées de travées parallèles et contenant de nombreuses cellules dont le noyau se colore d'une façon intense par l'hématoxyline.

Il y a à considérer dans l'ensemble deux couches distinctes séparées par une partie plus nettement fibreuse. Au-dessus, le tissu pathologique se dispose en une véritable palissade qui semble s'y insérer ; au-dessous, il s'étale à la surface des circonvolutions cérébrales, sans pénétrer à l'intérieur des scissures, et s'arrête le long des vaisseaux pie-mériens, à leur entrée dans la substance nerveuse.

Il s'agit dans ce cas d'un sarcome en nappe des méninges. Histologiquement, en effet, on est en présence d'une masse formée de cellules obrondes en rapport direct avec des axes vasculaires. Ceux-ci, dans les parties périphériques, ne représentent que des lacunes sanguines, le tissu voisin n'ayant pas encore subi de différenciation en paroi vasculaire. Dans la partie profonde, au contraire, on constate une paroi vasculaire déjà bien différenciée.

La tumeur semble s'être développée au dépens de la membrane interne de l'arachnoïde : c'est un sarcome de la séreuse. Elle s'est étendue à la fois dans la profondeur, vers la pie-mère, et dans la cavité arachnoïdienne, où son développement a été le plus rapide. Quant à la petite masse isolée, c'est vraisemblablement une greffe de la tumeur sur le feuillet pariétal de la séreuse.

Sarcome à forme méningitique de l'arachnoïde médullaire, par MM. A. Riche et P.-A. Carrié.

Le malade dont il s'agit avait présenté un syndrome tabétique à évolution rapide : douleurs à caractère fulgurant, abolition des réflexes patellaires et achilléens, signe de Romberg et ataxie, alternatives d'incontinence d'urine et de rétention, escarre sacrée à évolution très rapide ; la maladie s'était terminée par une paralysie complète des membres inférieurs.

L'autopsie révéla la présence d'une masse intra-dure-mérienne, entourant la moelle au niveau du cone terminal et s'infiltrant à travers les racines de la queue de cheval, qu'elle englobait et repoussait à la périphérie.

Les coupes transversales montrent que le maximum des lésions siège au niveau des racines postérieures, à la hauteur des derniers segments de la moelle lombaire ; mais elles remontent vers les parties supérieures, presque jusqu'à la moelle cervicale.

On retrouve dans ces pièces les caractères que nous avons décrits à propos de la tumeur précédente. Il s'agit d'une véritable infiltration des espaces méningés par des cellules obrondes à gros noyau se colorant d'une façon intense par les réactifs nucléaires. Les cellules, malgré leur dissémination le long de la moelle, s'orientent autour d'axes vasculaires, qui sont, dans leur apparition, contemporains des cellules. Ils ne présentent pas pour la plupart de parois différenciées : ce sont des lacunes remplies de sang qui se distinguent assez nettement des vaisseaux normaux péri-médullaires qui se trouvent inclus dans la masse pathologique.

Ici encore la lésion respecte les couches méningées profondes; elle s'étale au-dessus de la pie-mère et ne pénètre pas dans le sillon médullaire. La moelle est intacte, sauf dans la région qui répondait au point d'origine de la tumeur, où elle est partiellement détruite.

Il s'agit donc là encore d'un sarcome en nappe, développé au dépens de l'arachnoïde médullaire.

* * *

Il est intéressant d'opposer, au point de vue anatomique, ces formes de sarcome, que l'on pourrait presque appeler des méningites sarcomateuses, à certaines méningites aiguës ou subaiguës, à exsudat intra-arachnoïdien abondant. C'est ainsi que dans deux cas de méningite médullaire et dans deux autres cas de méningite cérébrale que nous avons pu étudier, la disposition des éléments cellulaires sur les membranes et autour des racines et des vaisseaux aurait pu, à une première inspection, entraîner une erreur de diagnostic, principalement lorsque la lésion inflammatoire est subaigue d'une part, d'autre part quand l'édification sarcomateuse est à ses débuts.

Une étude attentive de la forme de la lésion permet cependant d'affirmer sa nature.

Les cellules inflammatoires infiltrent, comme celles des tumeurs que nous étudions, les espaces libres entre les vaisseaux et les racines. Mais si elles sont souvent voisines des vaisseaux par lesquels a pu venir l'infection et où les phénomènes de diapédèse sont intenses, on voit, par l'étude de ses tuniques, que le vaisseau préexistait à la formation de l'ensemble néoformé. Dans le sarcome, au contraire, les cellules bordent des espaces remplis de sang, qui ne sont que des lacunes vasculaires d'origine contemporaine des cellules. Si par places on trouve un vaisseau à paroi différenciée, c'est toujours dans les régions les plus anciennes de la tumeur, là où le tissu pathologique a eu le temps de s'organiser. En outre, alors que dans nos deux cas de sarcome la lésion passe comme un pont au-dessus des sillons qui séparent les circonvolutions et ne pénètre pas dans le sillon médullaire antérieur, dans nos 4 observations de méningite, les cellules inflammatoires se retrouvent aussi bien dans les parties profondes de la pie-mère qu'à la surface des centres nerveux.

Enfin, en ce qui concerne la forme des cellules, nos tumeurs rentrent dans la catégorie des sarcomes dits globo-cellulaires, ou à cellules rondes embryonnaires ; mais les éléments histologiques sont plutôt obronds que ronds, et souvent polye-

driques par compression réciproque ; le noyau est ovoïde et tend à s'allonger dans les parties les plus anciennes. Au contraire, les cellules inflammatoires sont plus ténues, assez régulièrement sphériques, mono ou polynucléées. Il faut dire toutefois que lorsque les lésions inflammatoires sont subaigues et que s'édifient des organisations fibreuses partielles, les différences sont parfois moins tranchées ; les cellules lymphatiques tendent à perdre leur disposition en nappe et à s'organiser, laissant peu à peu la place à des cellules fusiformes.

Enfin, la gomme iodée donne dans le sarcome la réaction caractéristique dont M. Brault a montré la haute valeur pathogénique et pronostique, réaction qui ne se rencontre point dans les méningites.

Paralysie générale, ponction lombaire, méningite généralisée aux trois membres médullaires, par MM. Ph. Chaslin et A. Riche.

Le malade G... est envoyé à l'Hospice de Bicêtre avec le diagnostic de paralysie générale : il en présente la plupart des signes : lenteur et accrocs de la parole, troubles prononcés de la mémoire, idées de grandeur à caractère principalement érotique, exagération et inégalité des réflexes patellaires ; les pupilles sont égales, mais ne réagissent que très faiblement à la lumière.

G... a présenté, il y a 12 ans environ, un chancre syphilitique à la face inférieure du gland : on a constaté chez lui de la roséole et des plaques muqueuses bucco-pharyngées. Il s'est marié à cette époque et a transmis la maladie à sa femme : la syphilis s'est manifestée chez elle par de la roséole, des plaques muqueuses et par plusieurs fausses-couches.

La méningo-encéphalite de G... s'est développée sur un terrain bien disposé : son hérédité est chargée : mère paraplégique, deux sœurs mortes avec des phénomènes cérébraux, enfants morts de méningite tuberculeuse chez les collatéraux. D'autre

part, les conséquences de l'infection spécifique ont peut-être été favorisées chez lui par de fréquents excès alcooliques et par une vie génitale déréglée.

Le début des troubles cérébraux remonterait à 1904. Les premières manifestations ont été des ictus : ils duraient une heure environ, la perte de connaissance était complète ; il n'y avait ni convulsions ni morsures de la langue. L'accès se terminait lentement et graduellement, laissant une violente céphalée. Au début, ces crises revenaient tous les huit jours et, dans l'intervalle, G... conservait de l'affaiblissement de la mémoire. Puis les accès se rapprochèrent, le caractère du malade se modifia ; il devint violent et grossier : c'est dans ces conditions qu'il fit plusieurs séjours dans divers hôpitaux, en particulier à Saint-Louis, où l'on recueillit les renseignements précédents et où il fut soumis au traitement spécifique.

Il entre le 6 juillet 1907 dans le service du Dr Chaslin, à Bicêtre.

Deux jours après son admission, il se plaint de douleurs vagues dans la région lombaire : à l'examen, la pression est douloureuse en un point où a été faite, avant son entrée dans le service, une ponction lombaire. Le lendemain, il y a de l'œdème et de la rougeur de la peau ; le 11 juillet, l'on incise un abcès d'où le pus coule abondamment et l'on draine. Le 15, le pus coule librement, mais le malade est agité et la température est à 40°3. Il n'y a ni vomissements, ni contracture, ni signe de Kernig. Le 16, le malade est très affaissé et la température reste élevée. Le 17 au matin, G... succombe.

A l'autopsie, on trouve dans la région dorso-lombaire un foyer purulent avec un trajet fistuleux s'étendant, à travers les différents plans des tissus, jusqu'au canal médullaire. La moelle s'enlève normalement, malgré quelques adhérences. Elle présente au niveau de la lésion une augmentation de volume en virole due à la présence de l'exsudat purulent.

Les altérations de nature inflammatoire trouvées à l'examen microscopique prédominent au point où s'est faite l'inoculation. Elles consistent en une infiltration fibrino-leucocytique portant sur les 3 méninges.

Les faces externe et interne de la dure-mère sont tapissées d'amas de cellules fortement colorées par l'hématoxyline.

Par places, entre la dure-mère et la pie-mère, on voit des exsudats coagulés et des filaments fibrineux.

La pie-mère présente les mêmes lésions de surface. Il y a par endroits une tendance à l'envahissement de la membrane molle, mais l'inflammation ne pénètre pas profondément dans le sillon médullaire.

La moelle ne semble pas altérée. Les racines et les vaisseaux sont englobés dans l'exsudat, très abondant à ce niveau : les vaisseaux sont remplis de sang.

A mesure que l'on examine des coupes plus élevées de la moelle, les lésions s'atténuent ; mais à la région dorsale supérieure, on trouve encore des altérations aiguës de la partie externe de la dure-mère et des amas cellulaires autour des racines.

En bas, au niveau du cone terminal et de la queue de cheval, la dure-mère présente des lésions à ses faces interne et externe, et la pie-mère une légère infiltration leucocytaire ; mais il n'y a plus d'exsudats soudant les racines.

* * *

Il nous a paru intéressant de rapporter ce cas exceptionnel d'inoculation septique méningée chez l'homme. Nous aurions désiré comparer ces lésions inflammatoires triméningées à celles que doivent occasionner les escarres, mais nous n'avons pu nous en procurer de coupes.

Épilepsie, glio-sarcome avec dégénérescence kystique, service de M. Féré, remplacé par M. A. Riche.

L'enfant H... âgé de 12 ans, venant de l'Hospice des Enfants assistés, entre dans le service des enfants, à Bicêtre, le 15 octobre 1904.

Les certificats qui l'accompagnent le disent « atteint de débilité mentale avec épilepsie, et de troubles intellectuels consécutifs aux attaques. »

Les premiers accès observés ont eu lieu à l'infirmerie du service et les renseignements suivants, assez précis, ont été fournis par le personnel soignant.

Les accès sont peu violents, et la nuit il est nécessaire d'être près du lit pour les remarquer. Le sommeil n'est pas interrompu ; l'enfant ne pousse aucun cri ; la bouche est légèrement déviée ; les paupières battent vivement. On observe de petites secousses dans les membres supérieurs et inférieurs ; les bras sont fortement repliés et raides, les mains fermées. On remarque que le bras droit est plus secoué que le gauche ; le coude se relève par saccades. On note une légère raideur des membres inférieurs. Il n'y a pas d'écume aux lèvres, ni de morsures de la langue. Une émission d'urine se produit après chaque accès. L'accès dure environ une minute ; il est suivi d'une raideur des membres, qui dure pendant 2 ou 3 minutes.

Deux jours après son entrée, le malade est pris d'une agitation extrême. De temps en temps, la bouche se convulse et se dévie du côté gauche. On a constamment remarqué que les convulsions cloniques sont plus marquées à droite, les convulsions toniques à gauche. La température reste normale au moment de l'accès.

A l'examen, l'enfant se présente assez bien constitué. La dentition est normale. On remarque sur la tête de nombreuses cicatrices, traces laissées par des chutes. L'état physique général est bon. Mais l'intelligence est à peu près nulle, la parole très imparfaite.

L'examen des yeux montre quelques particularités. Les pupilles sont très dilatées, mais égales. L'accomodation à la lumière est très paresseuse. L'acuité visuelle paraît diminuée ; les couleurs sont mal différenciées ; l'enfant reconnaît le rouge, mais ne distingue pas le vert du bleu et du jaune.

Le nombre des accès et des vertiges est donné par le tableau ci-joint : on voit que depuis le mois de mai 1906, ils ont tendance à diminuer. Le traitement bromuré, commencé à raison de 3 gr. par jour, a été porté, par augmentations progressive de 1 gr. par mois, jusqu'à 10 gr. Mais si les accès diminuent, l'état général, physique et intellectuel subit une déchéance progressive.

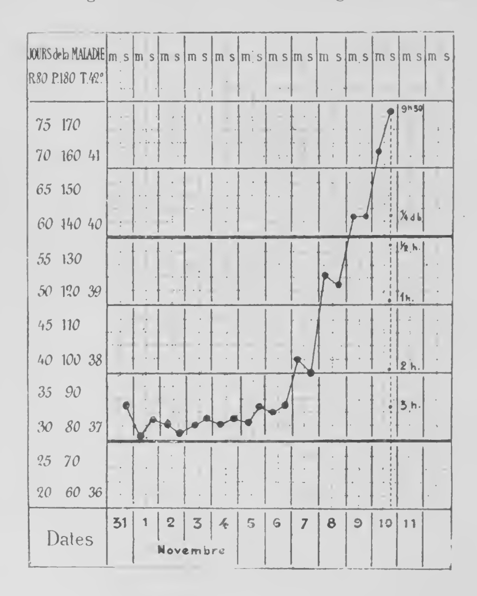
ACCÈS

	1904		1905		1906		1906
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	Traitement bromuré
JANVIER.....	»	»	187	31	74	»	»
FÉVRIER.....	»	»	60	»	56	»	»
MARS........	»	»	8	2	63	»	»
AVRIL	»	»	70	»	138	3	5 grammes
MAI..........	»	»	96	»	49	»	6 grammes
JUIN.........	»	»	58	»	32	»	7 grammes
JUILLET.....	»	»	81	2	54	»	8 grammes
AOUT........	»	»	95	»	30	»	9 grammes
SEPTEMBRE.	»	»	199	»	6	»	10 grammes
OCTOBRE....	92	»	89	»	9	»	»
NOVEMBRE..	160	»	20	»	»	»	»
DÉCEMBRE..	102	»	47	»	»	»	»
TOTAUX...	354	»	1.010	35	511	3	»

Le 31 octobre 1906, l'enfant entre à l'infirmerie pour une large ecchymose de la face antérieure de l'épaule droite, consécutive à un traumatisme. Le 4 novembre, tombe en état de mal ; la température s'élève au 1e jour et il meurt le 7e jour, avec une température de 41°9, et après avoir présenté en tout 65 accès.

A l'autopsie, on ne constate pas de modifications apparentes du cerveau. L'hémisphère droit semble normal. A la section de l'hémisphère gauche, il s'écoule du ventricule un liquide assez fluide, contenant quelques parties plus épaisses.

Des coupes antéro-postérieures, pratiquées après un passage de 24 heures dans le formol à 10 %, permettent d'étudier la lésion. Il s'agit d'une tumeur ovoïde allongée dans le sens de



l'hémisphère, sous le noyau lenticulaire, à l'extrémité antérieule de la corne sphénoïdale du ventricule latéral. A sa partie moyenne, la tumeur est du diamètre d'un gros œuf de pigeon. Elle présente un aspect lobulé ; à ce niveau, les circonvolutions temporales sont remplacées par le tissu pathologique ; il ne reste qu'une coque de 2 à 5 m/m de substance nerveuse sur les parties latérales. La partie postérieure se termine par une extrémité arrondie qui se perd dans un coagulum gélatineux blanc, légèrement verdâtre, où confluent les ventricules. La production pathologique a sur la coupe un aspect marbré, et elle est veinée de jaune et de rouge.

Au microscope, la structure est différente selon les points examinés, mais partout on trouve des cellules en rapport direct avec des axes vasculaires : il s'agit donc d'un sarcome. Alors que par endroits on trouve des cellules obrondes à noyau volumineux, comme dans les sarcomes globo-cellulaires, dans d'autres, on rencontre surtout des cellules plus petites, reposant sur un fond fibrillaire, ou des plaques protoplasmiques : le tissu rappelle alors le tissu névroglique. Cette tumeur représente bien les productions étiquetées par Virchow connu sous le nom glio-sarcomes ou de sarco-gliomes, selon la proportion des lésions qui entrent dans leur composition.

A la périphérie de la tumeur, principalement dans les parties voisines du ventricule, on trouve des cavités remplies d'un liquide albumineux coagulé : il s'agit là d'une transformation kystique de la lésion. En effet, la paroi n'est pas tapissée d'épithélium comme on le voit dans les kystes véritables, et elle est plus ou moins tomenteuse et dilacérée. Les cellules qui la circonscrivent ne se distinguent pas de celles du reste de la tumeur. Par places, elles font saillie dans la cavité et on en voit de suspendues dans la substance coagulée.

* * *

La pathogénie de ces formations est discutée. Certains n'y voient que la conséquence d'une distribution irrégulière des lacunes et des vaisseaux de la tumeur et d'anastomoses

insuffisantes ou trop étroites, entraînant un état œdémateux suivi d'altérations des cellules et de désintégration des tissus sur une étendue plus ou moins grande. D'autres auteurs estiment qu'il s'agit plutôt de lésions presque traumatiques, liées à des modifications de pression dans la circulation de la tumeur, entraînant la dilacération des tissus au niveau des régions particulièrement fragiles.

Notre observation semble donner raison à cette dernière hypothèse : on y trouve la faible consistance du tissu névroglique de soutien, le développement de la tumeur au voisinage de la cavité ventriculaire, les modifications violentes de la pression vasculaire chez un malade mort en état de mal épileptique. L'accroissement de la cavité s'explique, une fois la rupture des tissus effectuée, par la persistance des modifications circulatoires, liée en particulier aux 65 accès subintrants qui ont précédé la mort, modifications déterminant l'augmentation du liquide exsudé.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU XIXe CONGRÈS

L'Assemblée générale du Congrès s'est réunie le mercredi 4 août, à la suite de la séance de l'après-midi.

En l'absence de M. Garnier, secrétaire général du Congrès de Dijon (1908), M. Henry Meige, secrétaire permanent, fait connaître les résultats budgétaires du Congrès de Dijon.

Compte-Rendu financier du Congrès de Dijon

RECETTES

Membres adhérents : 193 à 20 fr.	3.860 »
Asiles adhérents : 26 à 20 fr.	520 »
Membres associés : 37 à 10 fr.	370 »
Subvention de la ville de Dijon	1.000 »
Reliquat non employé sur la subvention de 2.000 fr. du Conseil Général	366 70
Dons divers	500 »
Intérêts des fonds déposés producteurs d'intérêt (1 %)	35 45
Total des Recettes	6.652 15

DÉPENSES

A. — *Organisation et Réception*

Affranchissements, recouvrements, timbres de quittance.	212 85
Papier à lettres, enveloppes, étiquettes, etc.	49 50
Circulaires, bulletins d'adhésion, tarif de chemin de fer, listes d'hôtel, programmes, etc.	116 »
Cartes de congressistes, carnets à souche, cartes d'invitation	57 »
Gratifications, pourboires des excursions et dîners complémentaires	148 50
Frais de la salle du Congrès, y compris décoration et placard calicot " Congrès des Aliénistes ", etc.	65 »
A reporter	648 85

	Report........	648 85
Envoi et cartonnage des photographies du groupe des Congressistes..................................		57 »
Réception-Soirée, Salle des États		571 50
Savoir.. Consommations....	360 »	
Fleurs...........	25 »	
Cigares et Cigarettes	20 »	
Service..........	20 » (571 50)	
Eclairage........	29 50	
Concert.........	105 »	
Piano...........	12 »	
Allocation à l'œuvre des fouilles d'Alise.............		100 »
A. — Total.............		1.377 35

B. — 1° *Publications scientifiques*

300 rapports Laignel, 12 feuilles à 54 fr.		648 »
300 rapports Verger, 4 feuilles à 54 fr.		216 »
300 rapports Charon, 4 feuilles à 54 fr.		216 »
20 exemplaires supplémentaires....................		25 »
(50 exemplaires à chaque auteur, 50 à M. Masson, rien en réserve)		
Frais supplémentaires: 900 couvertures à 24 fr...............	24 »	
50 heures de correction à 0 fr. 80......	40 »	
Surcharge pour 28 pages petits caractères à 0 fr. 75.........................	21 »	181 50
Frais d'expédition..................	92 50	
Envoi d'épreuves....................	4 »	
B.[1] — Total...............		1.286 50

B. — 2° *Volumes des Comptes rendus*

350 exemplaires comptes rendus (390 pages) 24 feuilles 1/2 à 58 fr....................................		1.421 »
Frais d'expédition aux adhérents, et 50 exemplaires Masson. — Emballage, étiquettes et chemises.......		112 55
Frais supplémentaires: Gravures tirées à part..........	48 »	
Couvertures....................	10 »	223 40
143 heures de corrections à 0 fr. 80	114 40	
Surcharge, 68 pages petits caractères	51 »	
B.[2] — Total.............		1.756 95
Total des Dépenses....		4.420 80
Excédent des Recettes..		2.231 35

BALANCE

Total des Recettes.......	6.652 15
— des Dépenses......	4.420 80
Excédent de Recettes......	2.231 35

Le Secrétaire Général,
Dr GARNIER.

Après lecture du compte rendu financier du Congrès de Dijon, M. Henry Meige, secrétaire-trésorier permanent, donne lecture des comptes relatifs au fonds de réserve du Congrès déposé chez MM. Masson et Cie :

CRÉDIT :

Solde créditeur suivant compte du 23 Juillet 1908.	3.038 35
Produit de la vente de 25 volumes des divers Congrès..............................	237 60
Chèque transmis par M. le Dr Garnier pour le reliquat du Congrès de 1908 tenu à Dijon......	2.231 35
	5.507 30
A déduire :	
Papier à lettres et divers......................	13 75
Solde créditeur..................	5.493 55

En résumé, la caisse du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française possède actuellement à son avoir, en dépôt chez MM. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard St-Germain, Paris, une somme de *cinq mille quatre cent quatre-vingt-treize francs cinquante-cinq centimes* (francs : 5.493 55).

Cette somme étant actuellement improductive d'intérêts, M. Henry Meige propose d'opérer le placement de totalité ou partie de cette somme en rentes françaises 3 %, afin que les intérêts soient versés annuellement à la Caisse du fonds de réserve du Congrès.

L'Assemblée générale approuve cette façon de procéder.

En conséquence MM. Masson et Cie ont été chargés d'acheter sur les fonds disponibles du Congrès, 150 fr. de rente française 3 %.

A la date du 29 octobre 1909, le Secrétaire trésorier per-

manent a reçu de MM. Masson et Cie la lettre suivante par laquelle la décision de l'Assemblée générale du Congrès de Nantes se trouve exécutée :

29 Octobre 1909.

Conformément à vos instructions, nous avons fait acheter sur les fonds disponibles du Congrès des Aliénistes et Neurologistes, 150 francs de Rente française au cours de 98,675.

Achat de 150 fr. rente à 98,675	4.933 75
Courtage, frais	6 90
TOTAL	4.940 62

Les coupons au fur et à mesure de leur encaissement seront portés au crédit du compte dudit Congrès.

Nous vous prions d'agréer, etc.

Signé : MASSON & Cie.

L'Assemblée générale est appelée ensuite a voter pour le choix du siège du prochain Congres (XXe), de son Vice-Président, des sujets qui feront l'objet de rapports et des rapporteurs.

Sur la proposition de M. CROCQ, le Congrès est invité à se réunir au mois d'aout 1901 en Belgique. Cette proposition est acceptée à l'unanimité.

Le siege du prochain Congrès sera *Bruxelles* et *Liège* (aout 1910).

Il y aura *deux Présidents* . un président belge, M. CROCQ, et un président français, M. KLIPPEL, vice-président du Congrès de Nantes.

Deux *Vice-Présidents* sont également élus : un vice-president belge, M. GLORIEUX, et un vice-président français, M. DENY, lequel, d'après le règlement, deviendra président de la session suivante (1911).

Le *Secrétaire général* du Congrès de Bruxelles et Liège sera M. DECROLY.

Les questions suivantes feront l'objet de rapports au *Congrès de Bruxelles et Liège* (aout 1910) :

1er **Rapport**. — *La maladie du sommeil et les narcolepsies.* — Deux rapporteurs seront désignés pour traiter cette question, l'un Belge, l'autre Français.

2e **Rapport**. — *Systématisation des lésions cutanées dans les*

affections mentales et nerveuses. — Rapporteurs : M. Lhermitte (Français), et M. X... (Belge).

3e **Rapport**. — *Alcoolisme et criminalité.* — Rapporteurs : M. Ley (Belge), et M. René Charpentier (Français).

L'Assemblée générale a été également appelée à se prononcer au sujet de la session qui se tiendra en 1911.

Sur la proposition de M. Porot (de Tunis), appuyée par M. Régis (de Bordeaux), il a été décidé que le Congrès se réunirait au mois d'*avril* 1911, à *Tunis*.

Le Congrès de Tunis (XXIe) aura pour *Président* : M. Deny, vice-président du Congrès de Bruxelles (1910). Le *Vice-Président* sera désigné par l'Assemblée générale du Congrès de Bruxelles.

Secrétaire général du Congrès de Tunis : M. Porot.

Les questions suivantes feront l'objet de rapports au Congrès de Tunis (avril 1911) :

1er **Rapport**. — *Les perversions instinctives.* — Rapporteur M. Ernest Dupré (de Paris).

2e **Rapport**. — *Complications nerveuses et mentales du paludisme.* — Deux rapporteurs seront désignés ultérieurement pour cette question, l'un civil, l'autre militaire.

3e **Rapport**. — *L'assistance des aliénés aux colonies.* — Le rapporteur de cette question sera ultérieurement désigné.

Comme suite à la discussion des rapports, le XIXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes émet les vœux suivants :

Vœux

I. — Au sujet des appelés. — *Que l'instruction ministérielle publiée chaque année à l'occasion des conseils de revision oblige :*

a) *L'administration préfectorale à faire connaitre à ce conseil*

les noms des conscrits qui auraient été l'objet de placements dans les établissements publics ou privés consacrés au traitement des affections mentales ;

B) *Les maires et les chefs de brigades de gendarmerie à signaler les appelés notoirement déséquilibrés.*

II. Au sujet des engagés. — *Que nul ne soit admis à contracter un engagement s'il ne présente les pièces suivantes :*

A) *Un certificat constatant qu'il n'a jamais présenté un état mental morbide, certificat délivré par un médecin, de préférence celui de la famille ;*

B) *Le dossier scolaire visé par le maire.*

L'acceptation ne sera prononcée qu'après examen personnel du médecin militaire du recrutement qui est l'expert de l'armée.

III. — *Que le dossier de tout militaire traduit devant un consei de discipline ou de guerre comprenne un certificat du médecin du corps constatant l'état de son psychisme, et que, dans tous les cas. où il paraîtra y avoir lieu, l'expertise médico-légale soit ordonnée.*

IV. — *Que l'on perfectionne l'instruction psychiatrique des médecins militaires par l'extension donnée à cet enseignement dans les Facultés de médecine, les Ecoles du service de santé et dans les Ecoles d'application des armées de terre et de mer.*

V. — *Qu'on prépare des médecins militaires spécialistes ou spécialisés en psychiatrie, destinés a assurer les expertises mentales délicates dans chaque chef-lieu de corps d'armée.*

VI. — *Qu'on admette en principe que le service psychiatrique dans l'armée, en temps de paix comme en temps de guerre, ne peut être complètement assuré que par la collaboration intime des aliénistes professionnels et des médecins militaires.*

Vœu

présenté par le Dr Parant, en son nom et au nom d'un certain nombre de congressistes :

Le Congrès, considérant l'influence considérable de l'absinthe dans la production de l'aliénation mentale et la nécessité de protéger la race ;

Considérant l'inefficacité des demi-mesures et en présence de l'exemple des pays voisins de langue française (Belgique, Suisse) ;

Emet le vœu :

Que le projet de loi en préparation au Sénat interdise la fabrication, le transport et la vente de l'absinthe et des liqueurs similaires et soit promptement votée.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

A côté de la partie scientifique du Congrès, nous devons faire une place, bien modeste, pour les réunions et excursions qui ont fait trêve aux discussions et aux communications. Nous serions heureux si seulement ces quelques lignes pouvaient rappeler aux Congressistes le temps trop court qu'ils ont passé parmi nous, le plaisir que nous avons tous éprouvé à nous voir réunis, les amitiés renouées et contractées, au milieu de la cordialité et de la bonne humeur de tous.

Le 3 août au soir, la Municipalité offrait, dans les jardins de l'Hotel de Ville, une réception à tous les membres du Congrès.

M. Bellamy, premier adjoint, remplaçant M. le Maire empêché ; MM. Martineau, Secretaire Géneral de la Préfecture ; Veil, Moitié, Gouillard, adjoints ; Dr Vallon, Président du Congrès ; Mirallié, Secretaire du Congrès, recevaient les invités.

Le lendemain le Congrès, représenté par son bureau, recevait à son tour dans les salons Turcaud. Ce fut un plaisir pour tous de se retrouver et de passer quelques heures de franche cordialité. Les toasts portés par M. Vallon et M. Bellamy s'en ressentirent ; et c'est de grand cœur que les Congressistes applaudirent aux vœux de succès pour le développement de la Ville et des travaux du Congres.

Dans la matinée du mercredi 4 aout eut lieu la visite de l'Asile d'aliénés de Nantes, sous la direction de son médecin en chef, M. Biaute, assisté de son médecin adjoint, M. Latapie, accompagné de M. Boulay, représentant l'Administration des Hôpitaux, et de M. Bellamy, adjoint au Maire. Au lunch qui nous fut offert, M. Boulay remercie les Congressistes de leur visite ; il indique quelles transformations considérables subissent les quartiers d'aliénés de l'Hospice général, et le but que poursuit l'Administration. M. Bellamy, dans une

improvisation éloquente, s'applique à montrer le rôle si beau, si touchant, si utile de la femme en général et de la femme du médecin d'asile, en particulier. M. Granier, Inspecteur général, vint après M. Bellamy, remercier en termes chaleureux la nouvelle municipalité nantaise pour tous les services qu'elle a déjà rendus et qu'elle continue de rendre à la cause des aliénés. Le Président du Congrès termine la série des toasts, et les Congressistes se retirèrent, charmés de la cordiale réception qui leur a été faite tant par le Dr Biaute que par l'Administration des Hospices.

Le jeudi, 5, août, journée complète d'excursion. Un train spécial amène les Congressistes à Clisson. Sous la conduite de notre aimable confrère, le Dr Gautret, nous admirons les ruines imposantes du vieux château si riche en documents historiques, que nous visitons de fond en comble, tandis que notre aimable cicerone nous raconte les légendes et les histoires du vieux castel.

Après un excellent déjeuner, le Dr Vallon prend le premier la parole :

Mesdames, Mes Chers Collègues,

Après trois journées d'un travail ininterrompu à Nantes, voilà que nous sommes entrés dans la seconde phase du Congrès, celle des excursions. Si j'en juge par la matinée d'aujourd'hui, nous pouvons être assurés que le côté distraction n'aura pas été moins bien organisé que le côté purement scientifique par notre excellent secrétaire général, le Docteur Mirallié. Depuis dix mois il a fait preuve d'une activité, d'un dévouement, d'une habileté dont je ne saurais trop le remercier. Vous avez pû, en outre, apprécier comme moi, sa parfaite amabilité et son inaltérable bonne humeur.

Est-il besoin de vous rappeler le zélé, le discret, mais constant labeur de notre secrétaire général permanent, M. Meige, qui est également un trésorier modèle. Grâce à lui, nos finances sont devenues prospères. Il a droit à toute notre reconnaissance.

Les rapporteurs, MM. Parant, Sainton, Granjux et Rayneau, ont fait des œuvres consciencieuses ; ils les ont remises à l'imprimeur en temps voulu (chose rare) ; ils en ont présenté un bon

résumé, ce qui a rendu les discussions faciles et fructueuses. Grâce leur soit rendue.

Je remercie encore notre Vice-Président, mon ami Klippel, qui a bien voulu présider, avec sa calme autorité, la séance de neurologie et me permettre ainsi de vaquer à d'autres occupations.

Enfin je vous félicite tous et vous remercie de votre assiduité aux séances, de votre ardeur au travail. Le Congrès, une fois de plus, a montré sa robuste vitalité.

Dans la visite du château, nous avons eu un guide sûr et aimable en la personne de notre érudit confrère, le Docteur Gautret. Je lui exprime toute notre gratitude.

Pour terminer, je tiens à dire combien je suis heureux d'avoir vu, sous ma présidence, s'établir l'union désormais indissoluble des psychiâtres militaires et des psychiâtres civils.

Je lève mon verre en l'honneur de tous ceux qui ont collabore à la réussite du Congrès, à nos confrères de l'armee, et enfin aux femmes charmantes qui nous accompagnent et qui sont comme la parure de nos fêtes.

M. Simonin, au nom de ses collègues de l'armee, le remercie dans les termes suivants :

Mesdames,
Monsieur le Président,
Messieurs et très chers Confrères et Collègues,

Votre distingue Président disait au début de ce Congrès, que médecins aliénistes et médecins militaires avaient entre eux ce lien commun de partager, les uns et les autres, une prévention absolument injustifiée d'une certaine partie du public.

Nous n'avons pas tardé à comprendre, grâce à votre si cordial accueil, que d'autres liens empruntes à une mutuelle et sympathique estime étaient en voie de nous réunir d'une façon beaucoup plus étroite, et je ne saurais assez vous dire combien nous avons trouvé touchant le geste si largement fraternel avec lequel vous nous avez tendu la main.

Nous sommes, en effet, quelque peu les vagabonds de la profession médicale, j'allais dire en cédant à l'ambiance du milieu les *Fugueurs périodiques !*

Ballotés au gré des multiples et successifs emplois de notre carrière, des cimes neigeuses des Alpes aux confins brûlants et désolés du Sahara, il nous arrive, trop rarement hélas, de déposer le bâton du voyageur au seuil d'une maison hospitalière, et de nous réconforter un instant à son foyer.

Modestes travailleurs dans ce grand domaine de la Science où vos efforts persévérants et soutenus font surgir de si riches moissons, nous y glanons, à notre tour, quelques épis. Aux plus heureux d'entre nous, il arrive même de découvrir de vrais trésors, mais c'est aux initiations puisées dans vos somptueux laboratoires que nous devons le plus souvent nos bonnes fortunes exceptionnelles, et nous n'aurions garde de l'oublier.

Comme à ces enfants venus tardivement dans un foyer déjà riche d'un long bonheur vous nous avez marqué ce sentiment fait de bonté émue qui va d'ordinaire aux tout petits. Nous naissons, en effet, à la psychiâtrie, mais nous sommes prêts à faire honneur à nos parrains. N'est-ce pas la meilleure façon de leur dire combien nous avons trouvé délicate et charmante leur attention de nous avoir traités en véritables enfants gâtés du Congrès, auxquels on réserve tous les sourires et toutes les bienveillances.

Cette bienveillance, vous la continuerez à tous nos camarades des armées de terre et de mer, dont le bon vouloir rencontre tant d'obstacles au cours de leur vie aventureuse.

On demande beaucoup aux médecins militaires. La multiplicité de leurs obligations autant que leur variété s'accroît de jour en jour, sans que leur cadre numérique reçoive une extension parallèle.

Hygiénistes, bactériologistes, stomatologistes, psychiâtres, administrateurs et tacticiens sanitaires, voilà une faible partie de leur lourde tâche! Il vous est aisé d'en mesurer les difficultés, vous dont la vie est faite de travail et d'efforts immuablement dirigés vers un but en général unique, librement choisi et nettement spécialisé.

Et comme nos ressources numériques en personnel sont des plus limitées, nous en sommes réduits, pour accomplir avec conscience notre tâche, à faire comme les rares mais fidèles

serviteurs de ces maisons à belle apparence mais où règne la gêne intérieure, à changer plusieurs fois de costume au cours de notre carrière.

Cette versatilité apparente, qu'elle soit subie ou librement acceptée, ne laisse pas que d'étonner et provoque parfois le sourire. Elle ne vous paraîtra point sans grandeur, si vous songez à tout ce qu'elle comporte de rêves déçus, d'espoirs ruinés, d'efforts stériles, de renoncement à soi-même, de véritable abnégation! Il faut toute la force de l'idée supérieure du devoir envers le Pays, pour accepter une situation parfois si douloureuse.

Si je vous parle ainsi à cœur ouvert, en me faisant l'écho de tous ceux qui peinent partout où flotte notre Drapeau, c'est que, Messieurs et très chers Confrères et Collègues, j'ai senti dans ces quelques journées passées à vos côtés, que vous n'ignorez aucune des délicatesses de la belle solidarité qui réunit en un faisceau compact tous les membres de la grande famille médicale.

Et maintenant, permettez-moi une série de toasts qui nous sont également chers.

Dépouillant un instant mon caractère de délégué officiel, je vous propose de lever nos verres, tout d'abord, en l'honneur de M. le Ministre de la guerre et de son représentant si autorisé M. le médecin inspecteur Février, dont l'esprit si largement bienveillant et éclairé a permis ce premier contact entre les grandes assises de la Psychiâtrie et de la Neurologie françaises et la Médecine militaire. Permettez-moi également de lui adresser l'hommage personnel de ma profonde et respectueuse gratitude.

Je relève mon verre en l'honneur de votre si distingué président, M. le docteur Vallon, en lui marquant tout spécialement mes sentiments reconnaissants pour les marques répétées d'estime et d'amitié qu'il a prodiguées au modeste représentant de la médecine d'armée. Il nous a montré naguère qu'au service de la science et de l'humanité, la bravoure est aussi traditionnelle dans son impressionnante simplicité, que dans la fièvre des champs de bataille.

Je porte un nouveau toast à tous les maîtres éminents, civils

et militaires, qui ont été nos initiateurs en psychiâtrie et en médecine légale, et plus particulièrement à MM. les professeurs Lacassagne, Régis et Pierret, dont le zèle sans cesse en éveil et toujours renouvelé a créé la jeune pléiade des médecins psychiâtres d'armée.

Je lève aussi mon verre en l'honneur des deux rapporteurs de ce présent congrès, MM. Rayneau et Granjux, dont l'éloge n'est plus à faire, car il est dans toutes vos bouches. M. Rayneau nous a démontré une fois de plus tout ce qu'on peut attendre de la collaboration intime des médecins de l'armée active, de la réserve et de la territoriale. Quant à M. Granjux, vous me laisserez lui réserver une place toute spéciale. Qu'il permette à un jeune de dire à son ancien toute sa respectueuse estime. Avec une hauteur d'âme que je veux qualifier d'exceptionnelle, il a oublié les petites misères et les déboires d'une carrière qui aurait dû être des plus brillantes, et il poursuit dans sa retraite, au milieu d'occupations toujours croissantes, avec un inlassable dévouement et une merveilleuse activité, la réalisation de tout ce qu'il estime pouvoir grandir et honorer la médecine militaire. Qu'il veuille bien agréer ici le sincère hommage de tous ceux dont il accueille si largement les efforts dans ses intéressantes publications.

Enfin, Messieurs, je bois tout spécialement aux médecins aliénistes et neurologistes de France et aux succès de leurs assises futures. Je ne souhaite pas de les rencontrer sur les champs de bataille où cependant ils collaboreront avec nous à l'œuvre commune, mais nous les suivrons dans les champs clos de la science où ils veulent bien nous convier pour travailler avec eux dans une communion de cœur et d'esprit dont leur sympathique accueil d'aujourd'hui nous est un fidèle garant.

Messieurs, je n'aurais garde d'oublier les dames dans ce toast du Congrès ; je leur ai réservé une place à part.

Le médecin militaire sait mieux que personne tout ce qu'on peut attendre d'elles dans les moments critiques, qu'il s'agisse de l'assistance hospitalière en temps de paix ou de leur rôle près des blessés militaires.

Avec les secours d'une science éclairée, elles apportent au lit

du malade ou du blessé la douceur qui réconforte, le sourire qui console.

Elles sont aussi les reines de nos fêtes actuelles. Qu'elles veuillent donc bien agréer, en ce lieu tout imprégné de la poésie chevaleresque du moyen-âge, les très respectueux hommages de leurs fidèles sujets.

Aussitôt le déjeuner, nous partons pour la Roche-sur-Yon visiter l'asile de Grimaudière dirigé par notre excellent confrère le Dr Cullerre. Après avoir admiré la bonne tenue de l'asile et savouré une collation, successivement MM. Vallon, Régis, Granier, disent à notre distingué confrère en quelle estime chacun le tient, et combien tous forment des vœux ardents de le voir recevoir enfin la distinction que nul n'a si bien mérité que lui.

Le vendredi 6 août, nous excursionnions sur la rivière de l'Erdre aux rives verdoyantes et capricieuses, tantot plates, tantôt abruptes, recouvertes de chalets et de riants castels, au lit ici resserré et là étalé en véritable lac intérieur. Après le déjeuner à Sucé, les Congressistes se réunissent à la mairie de Sucé, gracieusement mise à leur disposition par le Maire, M. Rivron : Nous sommes heureux de lui dire ici toute notre profonde et sincère gratitude. C'est là que se firent les dernières communications.

Le samedi 7 aout vit les Congressistes sur le bord de l'Océan, à Pornichet. Après un gai déjeuner, en face de la mer, Monsieur le Président Vallon prit la parole :

Mesdames, Messieurs.

Un grand écrivain que la gloire ne suffit pas à rendre heureux, Châteaubriand, disait : « Je baille ma vie. » Il me semble que depuis quelques jours, loin de bailler la vie, nous la rions. Et comment pourrait-il en être autrement. Pendant cinq longues séances, nous avons réuni nos efforts pour faire œuvre utile ; depuis, avec la satisfaction que donne le devoir accompli, favorisés d'un temps superbe, nous parcourons de délicieux paysages en compagnie de gracieuses jeunes filles et de femmes charmantes. Que pourrions-nous désirer de plus ?

Mais hélas ! tout a une fin ici-bas et nous voilà arrivés à notre

dernière étape. Ce n'est pas sans une certaine tristesse, je l'avoue, que je vois arriver la fin de ma présidence qui, grâce à votre amabilité à tous, ne m'a procuré que des satisfactions ; ce n'est pas sans une certaine mélancolie que je vais tourner ce feuillet du livre de ma vie, qui comptera parmi les meilleurs.

Avant de nous séparer, je veux encore une fois remercier notre si parfait secrétaire général, le Docteur Mirallié, l'habile metteur en scène de toutes nos fêtes. Je manquerais à tous mes devoirs si dans le témoignage de notre gratitude, je n'associais pas Madame Mirallié à son mari ; elle a été sa digne collaboratrice, s'ingéniant à procurer des distractions à nos femmes et à nos filles pendant que nous étions retenus à nos séances ; elle a fait preuve, en toute circonstance, d'une parfaite amabilité.

Un mot encore, mon cher M. Simonin, je ne vous dis plus comme à la séance d'ouverture, M. le Représentant du Ministre de la Guerre, mais mon cher collègue, mon cher ami ; vous m'avez déclaré que vous et vos camarades de l'armée vous emporteriez un bon souvenir de ce Congrès ; celui que nous garderons de vous ne sera pas moins bon, soyez-en persuadé. Aussi à vous et aux autres médecins militaires je dis : A l'année prochaine.

Et maintenant je lève ma coupe de champagne en l'honneur des dames. Je veux que mon dernier toast soit pour cet essaim charmant qui nous a accompagné depuis le premier jusqu'au dernier jour. Je bois à leur santé et à elles aussi je dis : A l'année prochaine !

Les Congressistes se dirigèrent alors vers le Croisic, et l'Hôpital Marin de Pen-Bron, dont l'Administration représentée par MM. Benoit et Lotz, nous fit très aimablement les honneurs. Une collation délicatement préparée à notre intention permit de porter un toast au succès de l'Etablissement dont chacun avait pu apprécier les bienfaits. Ce fut là le dernier acte du Congrès, et le signal de la dislocation.

Si ces excursions surent plaire aux Congressistes, il faut surtout en rendre mérite à un collaborateur qui ne nous a pas fait un instant défaut pendant toute la semaine: le soleil. Au milieu de cet été maussade, il a gardé toutes ses faveurs et ses rayons pour le Congrès des aliénistes et neurologistes. Nous espérons qu'il aura su faire voir tout sous un jour si riant que le Congrès n'aura plus qu'un désir : Revenir.

TABLE DES MATIERES

Pages

Règlement du Congrès 5
Bureau du XIXe Congrès 12
Délégués au Congrès 14
Membres adhérents 15
Membres associés 21

Séance d'ouverture

Séance d'ouverture 23
Discours de M. Bellamy 23
Discours de M. le Dr Simonin 26
Discours de M. le Dr Vallon 27

Séance du Lundi 2 Août

1er RAPPORT : Les fugues en Psychiatrie. Dr V. Parant 40
Discussions : Dr Dupouy 52
Prof. Régis : Les fugues de J.-J. Rousseau. 57
Drs Benon et Froissart : Diagnostic et limitation de l'état de fugue 62
Dr Cruchet : Les fugues en particulier chez l'enfant 63
Dr Haury : Les fugues dans l'armée 68
Dr Lalanne : Des fugues chez les mélancoliques et les persécutés mélancoliques ... 85
Dr Parant 99

Séance du Mardi 3 Août

2e RAPPORT : L'aliénation mentale dans l'armée au point de vue clinique et médico-légal.
Rapporteurs : Dr Granjux 101

Pages.

Dr Rayneau 108

Discussion : Dr Simonin : L'expertise psychiatrique dans l'armée 113

Dr Roubinovitch : L'aliénation mentale dans les armées en campagne.......... 118

Dr Haury : L'indiscipline morbide 120

Dr Robert Mabille : Les aliénés militaires à l'asile de Lafond pendant une période de dix années 152

Dr Chavigny : Précocité des réactions psychopatiques dans le milieu militaire . 163

Dr Régis 166

Dr Jude.......................... 186

Dr Parant 187

Dr Doutrebente.................... 187

Dr Blondel 188

Dr Granjux........................ 188

Dr Rayneau 190

COMMUNICATIONS DIVERSES :

Prof. G. Ballet : Schématisation et nomenclature des formes mixtes de la psychose périodique............ 191

Dr Deny 192

Dr Anglade 196

Dr Vallon 196

Drs Deny et Charpentier R. : Obsessions et psychose maniaque dépressive 196

Dr G. Ballet 214

Dr Régis.......................... 214

Dr P. Kahn : Cyclothymie et Obsessions............ 215

Dr Simonin : Essai des tests psychiques scolaires pour apprécier l'aptitude intellectuelle au service militaire . 235

Dr Cruchet........................ 244

Dr Bombart : Guérison de quatre cas de neurasthénie par injection d'une antitoxine cérébrale............. 245

Drs Reboul et Roussy : Difficultés de l'expertise

Pages

médico-légale psychiatrique aux colonies et sur les lacunes de l'organisation actuelle.................. 249

Séance du Mercredi 1 Août

3e RAPPORT : Les Chorées chroniques, Dr SAINTON... 255
Discussion : Dr ANGLADE........................ 263
Dr CRUCHET 266
Drs G. BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE : Chorée chronique avec autopsie 271
Dr VIGOUROUX : Chorée chronique avec lésion des olives cérébelleuses 278
Dr VIGOUROUX : Chorée chronique et paralysie générale 283
Dr André THOMAS : Chorée de Sydenham. Maladie organique 284
Dr CULLERRE 292
Dr LONG.......................... 299
Dr DUPRÉ 301
Dr CROCQ 302
Dr MEIGE 302
Dr Robert MABILLE : Chorée chronique avec troubles mentaux héréditaires 302
Dr SAINTON 307

COMMUNICATIONS DIVERSES :

Drs ROUSSET et GIRAUD : Destruction du cervelet sans symptomes cérébelleux 309
Dr GIRAUD et GENTY : Flocculus et vision 311
Dr M. FAURE : Suites éloignées de la rééducation motrice dans le traitement des maladies organiques de la moelle 312
Drs PARHON et DUMITRESCO : Recherches sur la teneur en calcium du sang et des centres nerveux dans la tétanie expérimentale, à la suite de la thyro-parathyroïdectomie.......................... 316
Dr PARHON : Recherches anatomo-pathologiques sur l'état

Pages

des glandes endocrines dans un nouveau cas de rhumatisme chronique 325

Drs René CHARPENTIER et FAY : Intoxication alcoolique chez un enfant de trois ans........................ 329

Séance du Vendredi 6 Août

Dr TERRIEN : Que penser de l'hémianesthésie, des troubles vaso-moteurs et des troubles cardiaques dans l'hystérie 332

Dr SAINTON : Le signe de Jellineck dans le syndrôme de Basedow...................................... 343

Dr SAINTON : Etat des pupilles dans le syndrôme de Basedow...................................... 347

Drs BARUK et LEVASSORT : Simulation de la folie et dégénérescence mentale 350

Drs BARUK et FAVENNEC : Aliéné méconnu et plusieurs fois condamné................................ 370

Dr PARISOT : La pression du liquide céphalo-rachidien chez l'homme à l'état normal et pathologique........ 379

Dr PARISOT : Etude des mouvements respiratoires chez les malades atteints de divers tremblements........ 384

Dr PARISOT : Recherches sur le temps perdu du réflexe rotulien...................................... 387

Dr POROT : Symptômes nerveux et complications nerveuses du typhus exanthématique............... 390

Dr COURTELLEMONT 396

Dr POROT 396

Dr GRANJUX 397

Dr POROT 397

Dr DUPRÉ et Mme LONG-LANDRY : Fugue confusionnelle et catalepsie post-paroyxstique chez une épileptique âgée 398

Drs DUPRÉ et MERKLEN : Débilité motrice dans ses rapports avec la débilité mentale et l'insuffisance physiologique du premier âge 405

Drs BLONDEL et P. CAMUS : Le délire des gouvernantes.. 425

Dr BÉRIEL : Le lavage des centres nerveux........ 434

Pages

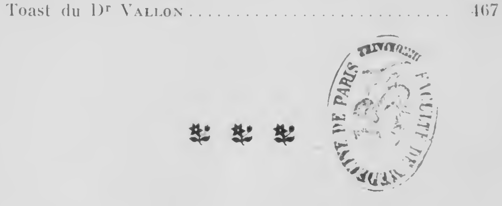
Drs Riche et Carrié : Sarcôme en plaques de l'arachnoïde cérébrale 442
Drs Riche et Carrié : Sarcôme à forme méningitique de l'arachnoïde médullaire 444
Drs Chaslin et Riche : Paralysie générale, ponction lombaire, méningite généralisée aux trois membranes médullaires 446
Dr Riche : Epilepsie, glio-sarcôme avec dégénérescence kystique 448

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU XIXe CONGRÈS

Assemblée générale 451
Compte rendu financier du Congrès de Dijon 454
Organisation du Congrès de 1910 457
— Congrès de 1911 458
Vœux 458-460

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS :

Réceptions 461
Excursion à Clisson 462
Toast du Dr Vallon 462
Toast du Dr Simonin 463
Excursion sur l'Erdre 467
Excursion à Portnichet 467
Toast du Dr Vallon 467


FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NANTES. — IMPRIMERIE A. DUGAS ET Cie, 5, QUAI CASSARD